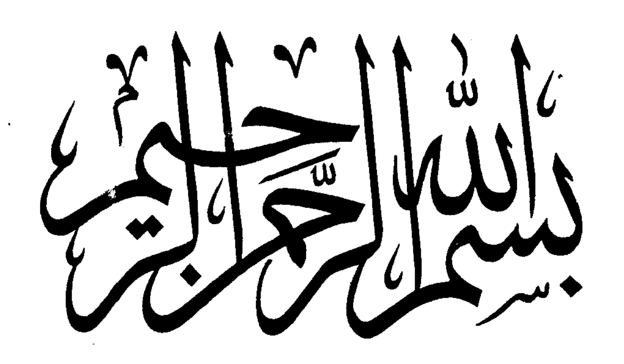


الاضطرابات السلوكية

إعداد

دكتــــور
خالد إبراهيم الفخرانى
أستاذ علم النفس
ووكيل كلية الآداب لشئون المجتمع والبيئة
كلية الآداب - جامعة طنطا

دكتـــــورة
ابتسام حامد السطيحة
أستاذ مساعد بقسم علم النفس التربوى
كلية التربية - جامعة طنطا


بسم الله الرحمن الرحيم

قائمة المحتويات

الموضـــــــوع	الصفحة
الفصل الأول: تعريف الاضطرابات السلوكية عند الأطفال وكيفية حدوثها.	٧-٢٤
الفصل الثاني: المخاوف المرضية من المدرسة.	٢٥-٣٥
الفصل الثالث: التبول اللاإرادي	٣٧-٥٧
الفصل الرابع: مشكلات التواصل (اضطرابات الكلام واللغة)	٥٩-١١٨
الفصل الخامس: الإعاقة العقلية.	١١٩-٢٠٨
الفصل السادس: إعاقة التوحد.	٢٠٩-٢٣٢
الفصل السابع: اضطراب أكل الطين و التراب	٢٣٣-٢٤٢
الفصل الثامن: اضطرابات النوم عند الأطفال	٢٤٣-٢٥٥
الفصل التاسع: اضطراب مص الإبهام عند الطفل.	٢٥٧-٢٧٠
الفصل العاشر: الاضطرابات الجنسية عند الأطفال	٢٧١-٣٠٨
الفصل الحادى عشر: العدائية عند الأطفال.	٣٠٩-٣٥٥
الفصل الثاني عشر: بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى.	٣٥٧-٣٩٩

الفصل الأول
تعريف الاضطرابات السلوكية عند الأطفال
وكيفية حدوثها

الاضطرابات السلوكية عند الأطفال

Behavioural problems and conduct disorder in children

مقدمة:

قد يأخذ الطفل فترة طويلة لكي يتعلم التصرف الصحيح. مع المساعدة والتشجيع من الآباء والمدرسين فإن اغلبهم سيتعلم بسرعة. كل الأطفال في أحيان كثيرة لا يطيعون الكبار وقد يصابون بنوبة غضب أو نوبات عدوانية أو تصرفات تؤدي إلى العنف. لكن هنا لا يوجب القلق إذ قد تكون ضمن الحدود الطبيعية.

ولكل اضطراب سلوكى عادات فقد يرفض الأطفال طلبا من ذويهم رغم التكرار وقد يكون الطفل عنيداً أو يغضب بصورة حادة لا يمكن تسمية هذا باضطراب سلوكى إلا إذا ظهرت العلامات التالية:

١. إذا أستمر الطفل بعدم الطاعة لمدة ستة أشهر وخلالها يكون صفيق وعدائي.

٢. إذا كان التصرف خارج الحدود الطبيعية مع انتهاك صارخ للأعراف والقيم الأسرية والاجتماعية.

معنى اضطراب السلوك:

الأطفال الذين لديهم اضطراب السلوك قد ينغمسوا في عراك بالأيدي مع الآخرين أو يلجاءوا للسرقة والكذب ، وبدون شعور بالندم

- أو الذنب وهذه هي البداية خرق القانون. قد يقضي الطفل الليل خارج البيت أو يتهرب من المدرسة أو يتناول الأدوية المخدرة.

وغالباً ما تؤدي هذه التصرفات إلى زيادة الأعباء علي العائلة مع صعوبة تكوين صداقات حقيقية مع الآخرين مع فشل دارسي وعدم المواظبة علي المدرسة. وهذا الطفل غالباً ما يلوم الآخرين ويعزو كل مشاكله إليهم.

يعرف السلوك المضطرب بصفة عامة: هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين. (جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٢٩)

تعريف وودي : (Woody , 1968)

الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول ، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي ، ووفقا لذلك فان لديهم صعوبات في: تقبل أنفسهم كأشخاص

جديرين بالاحترام ، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة (خوله يحي ، ٢٠٠٣ ، ١٧)

تعريف روس:(1974) Ross

الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد (السرطاوي وسيسالم ، ١٩٩٢، ١٦٠)

كما يعرف رينرت (Reinert)

الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكا مؤذيا وضارا بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي ، أو على تحصيل أقرانه ، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين (القريوتي وآخرون ، ٢٠٠١، ٢٧٨)

تعريف نيوكمر: Newcomer 1980

الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته. ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي فيه نفسه أو

الآخرين ، في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي (السر طاوي وسيسالم ، ١٩٩٢ ، ١٦٢)

تعريف كوفمان: (Kauffman)

فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما إن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة (خوله يحي ، ٢٠٠٣ ، ١٨)

تعريف روبنز (Robins١٩٧٨)

أن الاضطراب السلوكي من بين مشكلات الأطفال يميل إلى إن يكون ثابتا عبر الزمن. ولا ينطبق هذا الثبات على العديد من الأشكال الأخرى من اختلال الأداء الوظيفي التي يتم الشفاء منها على مدار مضمار النمو. وبذلك فعندما يبدي الأطفال نمطا ثابتا من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالأفعال العدوانية الموجهة اتجاه الآخرين على سبيل المثال يكون من غير المحتمل أن يتخلص هؤلاء الأطفال منها ببساطة (عادل عبدا لله، ٢٠٠٠، ٢٦). وبعض الأفراد يمكن أن يكون لديه صعوبات اجتماعية وانفعالية، ولكن أداءه الأكاديمي يندرج تحت نطاق العاديين. والبعض الآخر يمكن أن يكون لديه هذين النمطين من الصعوبات: الصعوبات الأكاديمية والمعرفية والصعوبات الانفعالية الاجتماعية بصورة أساسية ومستقلة عن الصعوبات أو المشكلات

. الأكاديمية. والبعض الآخر تكون الصعوبات الانفعالية الاجتماعية نتيجة للصعوبات الأكاديمية (الزيات ، ١٩٩٨ ، ٦٠)

تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً :

لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف ، إلا أنه يمكن وضع الأفراد المضطربين ضمن مجموعات تصنيفية متجانسة طبقاً لنوع المشكلات التي يواجهونها.

فقد عمدَ كوي إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد يعتمد على تقديرات الأبوين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير.

ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد هي:

١- **اضطرابات التصرف:** وهم يتصفون بعدم الطاعة والفوضى ويتشاجرون مع الآخرين وتحدث لديهم موجات غضب شديدة .

٢- **اضطرابات الشخصية:** وهم يعانون من قلق وشعور بالدونية وانسحاب اجتماعي واكتئاب وإحباط .

٣- **عدم النضج:** فمن أعراضه الاتجاهات السلبية واللعب مع الأطفال الأصغر سناً وعدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة والسلوك الاجتماعي غير المناسب للعمرُ الزمني للطفل .

٤- **الجنوح الاجتماعي:** وهم يتصفون بالانضمام إلى رفاق السوء والسرقة والمشاركة في أنشطة العصابات والتغيب المتكرر عن المدرسة.

أسباب الاضطرابات السلوكية عند الأطفال ونتائجها:

إن الاهتمام بالصحة النفسية للأطفال والأحداث، لم يتخذ طابع الخصوصية، وظلّ مهملاً، حتى أظهر "فرويد" اهتماماً خاصاً بالحياة النفسية للطفولة التي قال فيها: "إنها ميزان العقل والسلوك"، و"عامل نافذ الأثر في الشخصية".

وإذا كانت حياة الطفل النفسية قد أُهمل النظر إليها في الماضي، باعتبار أن الطفل لا يملك حياة نفسية خاصة به، وبسبب هذه النظرة القاصرة، توجّه الاهتمام الى تربية الأطفال والاعتناء بصحتهم وغذائهم، تمشياً مع النظرية السائدة: "العقل السليم في الجسم السليم"، من دون النظر في إمكانية إصابتهم بعلل نفسية؛ غير أن النظر في ورود هذه الإمكانية ووقوعها، أخذ يزداد في السنوات الأخيرة، نتيجة النظريات والدراسات التحليلية والتطبيقية التي أطلقها "فرويد"، وعاصره متمسكاً برأيه كل من "أدلر" (Adler) و"يونغ" (Jung) وكانت بداية لسلسلة اجتهادات تبنت دراسة الوضع النفسي للطفولة. ولأن التوصل الى تقدير صحيح للحياة النفسية يتطلب الإحاطة التامة بسلوك الفرد ومظاهر حياته الفكرية والعاطفية، حصر "سيغموند فرويد"، اهتمامه بتشخيص وتقدير

العوامل المؤثرة في للكيان النفسي وما يصاحبها من ردود فعل انعكاسية تتحدى قوى الطفل الطبيعية الجسمية والعقلية والانفعالية ، بما في ذلـــك نموه الإدراكي والوجداني (والذكاء والخيال، والذاكرة والأحاسيس...).

ومن المفارقات الملفتة للنظر أنّ التوجه نحو نفسية الطفل، لـــم يأت في البدء من أجل الطفل نفسه، وإنما جاء من أجل الكبار، بقـــصد كشف النقاب عن أسباب انحرافهم النفسي والسلوكي، ومعرفـــة مـــدى تأثرها بحياتهم النفسية في الطفولة؛ وهذا التصوّر ساهم الى حدّ كبير في توجيه الاهتمام نحو طفولة الطفل، وحياته النفسية، وأهمية هذه الحيـــاة في توجيه الشخصية إما باتجـــاه نـــضوجها وتكاملهـــا، وإمـــا باتجـــاه اضطرابها وتعثّرها.

ويرى "فرويد"، أن البحث في الاضطرابات النفسية عند الكبـــار من دون الرجوع الى طفولتهم هو بحث ناقص، لأنه مع الطفولة تبـــدأ عملية التطبّع السلوكي، ومنها يبدأ فعل الفكر في حيـــاة الطفـــل، بمـــا يتضمنه من عوامل محفّزة (كالذكاء والإرادة... الخ).

ويقـــول فرويـــد "إن طـــفولة الطفل هي القـــاعدة الأساســـية التي تـــنهض عليهـــا شخـــصيته المـــستقـــبلية، وإن أي انحـــراف أو اضـــطراب يُحدث فجوة في مجالات النـــمو تـــؤدي إلـــى تعـــثره وإحباطـــه.. ومن هـــذه النظرة شقّـــت العلوم طريقـــها للتعرّف الـــى الطـــفـــولة في مطـــلق حالاتـــها.

النمو النفسي للطفل

يولد الطفل وهو مهيأ من طبيعته البيولوجية لعمليات الانفعال والتفاعل مع المتغيرات في داخله ومن حوله، غير أن هذه التهيئة الطبيعية تمرّ بأدوار متعاقبة بانتظام، وأول أدوار التفاعل مع المحيط هي ردود الفعل الانعكاسية التي يتصف بها الأطفال (البكاء، الغضب... والرفض أو القبول... الخ). وبعد هذا الدور تبدأ عملية التطبّع السلوكي التي تتقرر نتائجها بتأثير العوامل النفسية والظروف البيئية المحيطة بالطفل، وهذا الدور هو الأهم في مرحلة النمو، ففيه، يتشكل السلوك، الذي هو المرآة التي تعكس بوضوح واقع الطفل النفسي.

في الواقع، ينمو الطفل على ما يكتسبه من خبرات وأحاسيس، والذي يتأصل في نفسه منها، إما أن يرفد نموّه بشكل إيجابي أو العكس تماماً. وعلى العموم، إن أي خلل ينشأ في هذه المرحلة من الصعب التعويض عنه في مراحل لاحقة من عمر الطفل. فما يقع ضمن دائرة الطفولة هو الأكثر ثباتاً في الكيان النفسي والشخصي... ومن أهم سمات هذه المرحلة، هي أنها الفترة التي يبدأ فيها الطفل بالاستيعاب والملاحظة والتفاعل مع العوامل المحيطة والتجارب الظرفية التي يتعرّض لها في حياته اليومية، وهذه الدلالات تجعلنا أكثر اقتراباً من الحقيقة الثابتة علمياً ونظرياً في أن الطفولة حقبة تأسيسية، منها يستمد الفرد معرفته وانطباعاته ، وفي حدودها يتلقى خبراته، وتتحفز أحاسيسه، وتتوسع

معرفته... وفي ظلّ هذه الإضاءات يمكن القول أن الحياة النفسية للطفل التي تدور حولها علامة استفهام ، من الخطأ استثناؤها من زمن الطفولة، الذي تتضح فيه خصائص النمو الجسمي والنفسي والعقلي للفرد.

وحول هذا الموضوع امتد مدار البحث ليشمل أدوار النمو بمجموعها، وقد أثمر هذا التوجه عن كشف العوامل السببية لظهور الحالات السلوكية والمرضية عند الأطفال، كما ساعد على فهم ديناميـة ما يحدث للطفل في مراحل نموّه، خاصة في سنوات الدراسة الأولى، وامتداد ذلك وتأثيره على شخصيته.

وفي المرحلة الأخيرة من النمو يغلب على الطفل طابع التمرد والرغبة في الاستقلالية ، ومن هذه المرحلة يتوجّه الى العالم من حوله، وكأنه بذلك يتجاوز ذاته الفردية الى ذات اجتماعية يبدأ معها رحلة جديدة في النمو.. ويميّز هذا التحوّل علاقته مع أترابه، ومعاشرة رفاق من سنّه، ومشاركته في نشاطات متعددة.. الخ. ومن مظاهر هذه المرحلة المحاولات التي يقوم بها الطفل لفرض نفسه على المحيط حوله، فهذا يعزز فيه الشعور بأنه ليس مقيّداً، ويجعله ينظر الى نفسه كذات مستقلة لها حق ممارسة إرادتها، وتملك أيضاً حق الاختيار وحق الرفض والقبول.

وقد أجمع علماء النفس أن المرحلة الأخيرة من النمو تظهر فيها كل بوادر النضج والنمو الأخلاقي والإجتماعي للفرد، فهي تعطي الطفل سماته المتميزة، والتي يُعرف بها من صغره.

الاضطرابات النفسية

إن البحث في الاضطرابات النفسية عند الأطفال، هو بحث معقّد بعض الشيء، لأن العوامل المؤثرة في الكيان النفسي كثيرة، ولكلّ عامل منها أن يحدث أثراً مرضياً تضطرب بسببه الحياة النفسية للطفل، ما يجعل من المتعذّر في كثير من الحالات تحديد سبب الاضطراب وتعيينه بدقّة، فقد يكون السبب، مردّه إلى انفعال عاطفي، (كالشعور بالحرمان.. الوحدة، الغربة..)، أو إلى اضطراب في المزاج (كآبة.. قلق، تشاؤم.. ضجر..)، أو قد يكون ناتجاً عن أعراض صحية جسمية، وهنا تتعدد الأسباب (خلل في وظائف الأجهزة العصبية ودفاعاتها أو وجود مشكلة في الرئة، أو الكبد.. الخ)، وهذا يؤكد أن أي علّة في الصحة قد تولّد أيضاً انعكاسات على نفسية الطفل، وتعرّضه للضيق والانفعال اللاإرادي، ولعل أكثر ما يفرض نفسه في هذا المجال هو المعنى الذي حدده "فرويد" في طبيعة الاضطراب النفسي عند الأطفال، حيث أعلن: "أن محاولة فهمنا لنفسية الصغار تواجه من العقبات أكثر مما نواجهه في فهمنا لنفسية الكبار، فالطفل لا يستطيع

التعبير الكافي عن حالته النفسية بالكلام، ولكن طريقته في التصرّف هي التي تنقل إلينا حقيقة ما يتقلّب في نفسه، ويبقى اعتمادنا على سلوكه هو أقصى الطرق لتشخيص حالته النفسية". وفي المقابل، اختصر "فرويد" العوامل المسببة للاضطراب النفسي في مجموعة رئيسية، وهي: الأسباب الوراثية، الأسباب العضوية والعصبية، التجارب الحياتية، والمؤثرات العائلية والتربوية، مشيراً إليها كمحفزات أساسية في النمو الطبيعي للطفل.

الطفولة قدرات مكتسبة

تتصف الطفولة بآنية وتلقائية السلوك، وسلوك الطفل هو المصدر الأساسي للتعرّف على طبيعته الداخلية، وقد تضافرت اجتهادات رجال الفكر من علماء نفس وتربية واجتماع وصحة على دراسة الأطفال والنظر في مراحل النمو المختلفة لتبيان مدى ارتباط انفعالات الطفل بتكوين شخصيته وتحديد معالمها... ويعتقد علماء التحليل النفسي أن السنوات الأولى من حياة الطفل هي الدعامة الأساسية التي يقوم عليها بناء حياته النفسية والاجتماعية ، وفي هذه الفترة تتطور قدرات الطفل وإمكانيته الذاتية (الفكر.. الخيال.. المزاج.. الخ).

وقد اعتبر علماء النفس والاجتماع أن سمات النضج هي دلالات على خبرات الأطفال وإمكاناتهم السلوكية، ومن جهته اهتم "أدلر"

بدراسة النمو النفسي والمعرفي والاجتماعي والخلقي والحركة لسنّ ما قبل المدرسة، باعتبار أنه يحدد الإمكانات والقدرات التي يمكن أن تتفتح وتزدهر إذا توافرت لها الظروف المواتية للنمو السليم، وفي هذا المعنى قال: "سلوك مضطرب = نفس مريضة وصحة عاجزة"، وأضاف: "إن سلوك الطفل هو ثمرة خبراته المتنوعة، ومهم جداً أن نولي أولادنا عناية كاملة خصوصاً في سنّ ما قبل المدرسة، لأن أطفال هذه المرحلة من العمر تتطوّر خيالاتهم بسرعة، وتنمو لديهم بعض انفعالات الكبار التي يتلمسونها في أسرهم (كالغضب والخجل، والتمرد، والقلق، والحزن أو الفرح... الخ)؛ وهذه المكتسبات تكوّن لديهم انطباعات تترسخ في عمق ذاتهم وتظلّ ثابتة في ذهنهم، وأكثرها يشكّل ضغوطاً نفسية وعصبية يُفقد الأطفال استقرارهم ويهدد توازنهم، لنجد الطفل عاجزاً عن ضبط نفسه ومتحولاً نحو سلوكيات غير مقبولة".

دور العائلة:

الطفل بطبعه فضولي ودقيق الملاحظة، وهو على استعداد دائم للتلقي، وقلّما يستطيع السيطرة على انفعالاته، خاصة إذا كان يعيش في أجواء أسرية غير مستقرة، ففي مثل هذه الظروف يهمل الآباء أولادهم في غمرة مشكلاتهم، فيتصرّف الأبناء وفقاً لضغوط الحاجة لديهم وبلا قيود ضابطة للسلوك؛ وهذا ليس مجرّد نظريات، فالموضوع حسّاس ويتعلق بأولادنا، ومهم جداً أن يتذكّر الوالدان بأن المشاهد المتكررة أمام

الطفل تشجعه أن يتخذها كنموذج في حياته، وأن كل ما يتسوّقه الطفل من آراء وأحاسيس يترسّخ في ذاكرته وتكون ردّة الفعل قاسية عليه، خاصة إذا كانت المشاهد مُثقلة بشتى أنواع السلبية (خلافات الزوجية.. انعدام الثقة بين الأبوين.. الخ).

في هذه الحال، من الطبيعي أن يحدث تصدّع في كيان الطفل النفسي، وهذا قطعاً يترك بصمات تظهر في أدائه وطباعه.

لماذا يضطرب السلوك؟

إن النظر في سلوك الطفل مسألة لابدّ منها لتقرير حياته النفسية، فالاضطرابات السلوكية كثيرة الوقوع عند الأطفال، ولكن لكل سلوك سبب، وكل سلوك هو رد فعل صاف لحالة نفسية أو صحية جسمية معينة ساعدت في أن يستقر السلوك على الصورة التي يبدو عليها. أحياناً، يكون الانحراف السلوكي سببه عوامل وراثية أو تربوية أو انفعالية ، تهيئ للشخصية الجنوح نحو السلبية، وأحياناً أخرى، يظهر اضطراب السلوك نتيجة تجارب وظروف حياتية مبكرة، ينشأ عنها إخفاق في معنويات الطفل ينعكس بوضوح في سلوكه. وهنالك أيضاً الكثير من الحالات السلوكية التي لا تعود بالضرورة إلى دافع محدد أوجدته إحدى هذه العوامل.. فقد ينحرف الطفل سلوكياً رغم أن كل الظواهر تؤكد على أن الأجواء المحيطة به ملائمة وطبيعية وصحية؛

وهذه الملاحظة تفرض علينا.وباستمرار أن نأخذ في الاعتبار الواقع الكلي للطفل، إذا شئنا أن نتوصل إلى تبرير منطقي لحالته.

المؤثرات المدرسية والاجتماعية:

لكل طفل فرصتان لهما أن يرسما الطريق القويم لحياته النفسية: الفرصة الأولى هي المنزل الذي يتلقى فيه أولى دروس التنشئة والتوجيه السلوكي، والفرصة الثانية هي المدرسة، ولأن ما تقدمه الأسرة للطفل له التأثير ذاته الذي تتركه المدرسة، فالتوافق بينهما أمر ضروري لإقامة حالة من التوازن بين تأثير الفرصة الأولى والثانية، ولهذا يقتضي إقامة أكبر قدر ممكن من التعاون بين العائلة والمدرسة لتحقيق هذه الغاية، وإذا لم يتحقق ذلك، فإن الطفل يستغلّ أضعف المجالين سواء كان ذلك البيت أو المدرسة، لممارسة انحرافه عن النهج السويّ في السلوك.

إن المدرسة أكثر من المنزل، تعطي الفرصة للطفل أن يظهر كما هو، في مستواه العقلي والمزاجي، فلا تضغط عليه سوى في الحدود المطلوبة، بيد أنها تسعى بالطرق الملائمة إلى تقويم الاتجاهات الخاطئة التي تظهر على الطفل، بينما نجد بعض الأهل لا يتعاونون مع أولادهم، وأي خطأ يقومون بتصحيحه ولكن عن طريق الشدّة والعقاب، وهنا لا يعرف الطفل لماذا عوقب فيجنح الى التمرد والتكرار. وقد حسم علم النفس رأيه في هذا الشأن بالقول أن أي إخفاق في مجال

الرعايــة النفسية والــتربوية يعني ضياع أفضــل الفرص التي يُعتمد عليها في تقويم البــناء النفسي للطفل، وإذا حدث، فسيــتعذر إصـــلاح ما تعــطّل في وقت لاحق.

التجارب الحياتية

إن الحـــوادث التي يمـــكن أن تقع في تجربة الأطفال لا حصر لها، سواء أكانت في النطاق العائلية، أو الاجتماعي ، أو المدرسي بشكل عام. وفعل الحوادث في نفسية الأطفال، لا يعتمد فقــط علـــى طبيعـــة الحادث، وإنما أيضاً على السنّ الذي يقع فيــه، والـــى مـــدى تكـــراره والظروف التي يقع فيها. ولعلّ أهم ما يجب إيلاؤه اهتمامنا ، هو أنه لا يمكننا التقليل من أهمية أي حادث في الطفولة، كما ليس لنا أن نقـــرر هذه الأهمية بالنسبة لمفهومنا عن وقع الحادث وتأثيره في الكبار، كمـــا لايجب أن نضخّم من تأثير حادث ما في حياة الطفل أمامه، لأن ذلـــك يؤثر فيه ويرسّخ ذكرى الحادث في نفسه وذهنه لتبقى آثاره مرافقة لـــه ومؤثرة فيه، فالأطفال يملكون جهازاً عصبياً مرناً يتمتع بحدود واســـعة من القابلية على الرفض والقبول، ويجب أن نساعد الطفل ليتجاوز كـــل ذكرى سيئة، لا أن نستحضرها أمامه في كل وقـــت فـــيذكر الحـــادث وكأنه ماثل أمامه.

لقـــد كثرت الأبحاث في مجال التجارب الحياتية فـــي مجتمـــع الطفولة لمعرفة أكثرها أهمية، ولكن نظراً للفروق الفردية بين الأطفال،

ولأن التجارب لا تتساوى من حيث العمق والبعد والخلفية، لـــم تـــتمكن الأبحاث من تقـــرير أكثـــرها خطورة في حياة الأطفـــال. فالـــــتنوّع بين الأطفال والاختلاف في الإمكانيات بين طفل وآخـــر تجعـــل مـــن الضروري أن نَزِن فعل كل تجربة أو حدث في طفولة كل طفل على حـــدة، وبدون ذلك، فإنـــنا نقيم قياســـاً لايمكن الركون إليه أو الاعتماد علـــيه.

الفصل الثانى
المخاوف المرضية من المدرسة

الفصل الثانى
المخاوف المرضية من المدرسة

تجدر الإشارة إلى أن (بوودوين Poodwin,1932) كان أول من وصف زملة أعراض الخوف المرضى من المدرسة، فقد قرر في ذلك الوقت إن غياب الطفل عن المدرسة يكون ثابتا في معدلاته، رغم عدم وجود أسباب واضحة لذلك (Rrodwm.، ١٩٨٣ ، ٢٣ ٦) ومع أن برودوين لاحظ أن بعض الأطفال يذكر صراحة أنه خائف من المدرسة أو خائف من المعلم، أو خائف أن يحدث شيء ما رهيب وبغيض للأم في أثناء وجودهم بالمدرسة، إلا أنه يسقط من حسابه اعتبار هذه التصريحات كمبررات للحديث عن مزيد من الأعصبة ذات الصبغة العامة أو عميقة الجذور Deep-seated .وقد تبع برودوين كل من (جونسون، فولشتاين، زيورك، وسفندسن (Johson FIstein, Szurek and Sevendsen,1941 في الإشارة إلى هذا النوع من المخاوف المرضية فكانوا من أوائل الذين استخدموا بالفعل مصطلح الخوف المرضى عن المدرسة أو فوبيا المدرسة School Phobia استخداما مميزا له عن الهروب المتعمد من المدرسة أو التزويغ truancy` ومصنفا من وجهة نظرهم على أنه اضطراب عصابى نفسي (psychoneurotic disorder) (Johnson et al., 1941, 711-, 712 غير أن جونسون ١٩٥ Johnson) يقرر في دراسة باكرة له أن

الخوف المرضى من المدرسة ما هو إلا خطأ في تسمية زملة معينة من الأعراض. وحقيقة الأمر أنها تعبير عن قلق الانفصال (١) Separation anxiety الذي يحدث ليس فقط في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنه يحدث كذلك في السنوات التالية لهذه المرحلة. (Johnson, A.M., 1957, 307-309) ومنذ ذلك الحين صيغت تعريفات عديدة وحددت أبعاد جديدة لمصطلح الخوف المرضى من المدرسة، غير أنها كانت تؤكد على قلق الانفصال كعنصر حاسم ومؤثر في حدوث هذا الاضطراب. فعلى سبيل المثال حين ناقش كل من جرين وديفيدسن "١٩٦٥ Green, Davidson قضية الخائفين من المدرسة School Phobias والمحبين للأم Mother Philes من زاوية أن هؤلاء الأطفال لايمكن النظر إليهم على أنهم " هاربون من المدرسة" بقدر ما يمكن النظر إليهم على أنهم "هاربون إلى الأم "(١٩٦٥ Green, Davidson)

(١) قلق الانفصال *Separation anxiety*

الذعر أو الخوف العادي الذي يستشعره الطفل الصغير الذي ينفصل عن أمه أو بديلها، أو يواجه هذا الانفصال. وقد لو حظ قلق الانفصال أول ما لوحظ فى الشهور الستة الأولى من عمر الطفل. ويظل هذا القلق (دعالأ) حتى الشهر العاشر.

القلق الاجتماعي

لقد جاء القلق الاجتماعي ضمن اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality disorder في الدليل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي الطبعة الثالثة (DSM-III) والذي يمكن التعرف عليه من خلال المعايير التشخيصية التالية:

١. الحساسية الشديدة للرفض من قبل الآخرين.

٢. الإحجام عن الدخول في علاقات مع الآخرين ما لم تكن هناك ضمانات كافية وقوية بدرجة غير عادية للقبول غير الناقد للفرد.

٣. الانسحاب الاجتماعي.

٤. الرغبة في المودة والقبول من قبل الآخرين.

٥. انخفاض تقدير الذات.

ومثل كل العلامات التشخيصية الخاصة باضطرابات الشخصية، يجب أن تكون هذه الخصائص مستمرة وغير محددة بنوبات مرضية، كما يجب أن تؤدي إما إلي عجز دال في وظائف الفرد الاجتماعية أو المهنية أو إلي اضطرابه. وهناك شرط مهم يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار يتعلق باتساق الشخصية عبر المواقف والأزمنة المختلفة (ميستشيل، Mischel,1968)، (وويجينس، Wiggins, 1973) ولكن استخدام اضطرابات الشخصية كدليل

للتصنيفات التشخيصية يفترض وجود قدر من الاتساق المتعارف عليه.

وفي الدليل التشخيصي الإكلينيكي للاضطرابات النفسية (الطبعة الرابعة) الصادرة عن جمعية علم النفس الأمريكية (DSM-IV) . نري أن القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية هما مصطلحين مترادفين لاضطراب واحد يتضمن الخوف أو التجنب من المواقف الاجتماعية أو القيام بنشاط ما خلالها، و يمكن تشخيص القلق الاجتماعي أو الفوبيا الاجتماعية من خلال معايير من خلال وجود المعايير التشخيصية التالية:

معايير التشخيص للقلق الاجتماعي

أ- الخوف الملحوظ والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو من الأداء الاجتماعي التي يتوقع الفرد من خلالها مقابلة أفراد غرباء عنه أو التي تؤدي إلي إمكانية تفحصه من قبل الآخرين. والمخاوف الفردية التي تجعل الفرد يؤدي عمل ما بطريقة (تظهر أعراض القلق لديه) تسبب له الإحراج.

ب- التعرض للمواقف الاجتماعية التي تخيف الفرد تثر القلق لديه بشكل ثابت تقريبا والذي قد يأخذ شكلاً من موقف محدد أو تهيئ الفرد لتحدث له نوبات الفزع الموقفية ملاحظة: بالنسبة للأطفال،

قد يظهر القلق لديهم بصورة صارخة، من التعبيز عن نوبات من الغضب والتجميد. أو الانكماش من المواقف الاجتماعية التي يوجد بها أشخاص غرباء عنهم.

جـ- يعترف الشخص بأن خوفهم مبالغ فيه أو غير منطقي ; بالنسبة للأطفال، قد لا توجد مثل هذه الخاصية.

د- المواقف الاجتماعية أو الأداء فيها والتي تخيف يتجنبها أو قد يتحملها بمزيد من القلق الحاد أو الاضطراب.

هـ- يتداخل التجنب، والتوقع الحذر، أو الاضطراب خلال المواقف الاجتماعية أو الأداء بها والتي يخاف الفرد منها بدرجة دالة مع الأعمال الروتينية اليومية التي يقوم. كالوظائف المهنية أو الأكاديمية أو الأنشطة والعلاقات الاجتماعية أو غير ذلك مما يؤدي إلي الاضطراب بشكل ملحوظ نتيجة للإصابة باضطراب الفوبيا.

و- بالنسبة للأفراد في سن أقل من ١٨ سنة، تستمر مدة الاضطراب لفترة لا تقل عن ستة أشهر علي الأقل.

ز- يجب أن لا يكون الخوف أو التجنب ناتج عن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد (مثل الاستخدام الطبي للعقار أو سوء استخدامه) أو الحالة الصحية العامة أو لا يكون نتيجة لوجود اضطراب نفسي

- آخر (مثل، اضطراب الفزع مع أو بدون الخوف من الأماكن العامة. أو اضطراب قلق الانفصال، أو اضطراب عدم ملائمة الجسم، اضطرابات النمو (أو اضطراب الشخصية الفصامية).

ح- إذا وجدت اضطرابات جسمية أو مشكلات في الحالة الصحية العامة أو اضطرابات عقلية أخري، فإن المعيار (أ) لا يرتبط بتشخيص القلق الاجتماعي.على سبيل المثال لا يكون الخوف بسبب التأتأة. أو الرعشة في اضطراب باركينسون Parkinson's disease. أو التعرض لسلوك تناول الطعام الطبيعي في اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa أو الإفراط في تناول الطعام العصبي .Bulimia Nervosa

تحديد مشروط :عموماً: إذا اشتملت معظم المواقف الاجتماعية على الخوف فإن ذلك يعد تشخيصاً إضافياً للشخصية التجنبية.

مظاهر الخوف المرضي من المدرسة:

الصعوبة الشديدة في المواظبة على الحضور للمدرسة. الخوف الزائد .. المزاج المتقلب .. الشكوى من إحساسه بمرض دون سبب عضوي واضح .. البكاء المستمر .. رفض الإفطار في الصباح حدوث أعراض جسمية في الصباح كالقيء والإسهال والشعور بالغثيان وآلام في البطن، والصداع ومثل تلك الأعراض تتوقف بعد الخروج من

المدرسة وخلال الإجازات.

ويؤدي الخوف لدى الطفل إلى سرعة نبضات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة إمداد السكر اللازم لمواجهة الخطر وتنشيط إفراز الأدرينالين النورادرلينالين..كل هذا من أجل منح الفرد قوة يواجه بها الخطر إما بالقتال أو الهروب..والحالات الشديدة من الخوف تؤدي إلى ردود أفعال فيزيولوجية لا تساعد على التغلب على الخوف كأعراض الارتعاش والتعرق الغزير والشعور بالإغماء والغثيان والإسهال.

أسباب حدوث المشكلة:

تعتمد أسباب المشكلة على عدة متغيرات:

- حالة التلميذ وطبيعة المشكلة (نمط الخوف المدرسي الحاد أو المزمن) أسلوب التنشئة الأسرية .. والمدرسة التي يلتحق بها، وبشكل عام يمكن القول أن الأطفال الذين يخافون ويعانون اضطراب الخوف من المدرسة خوفاً مرضياً يعد قلقهم نتيجة انفصالهم عن أسرتهم أكثر من كونهم يخشون المدرسة ذاتها نتيجة لعدم استقلاليتهم واستعدادهم النفسي والاجتماعي للمدرسة. التوتر في العلاقة الأسرية بين الأب والأم الذي يشعر معها الطفل بعد الاستقرار والأمن في جو المنازعات بين الوالدين.
- المبالغة في الرعاية والخوف، والاهتمام الزائد بشكاوى الطفل.

عقاب الطفل أو السخرية منه عند ظهور أعراض الخوف من أي شئ.

- تخويف الطفل بشكل عام وبالذات في الظلام أو قبل النوم. تعرض الطفل –التلميذ – إلى العقاب البدني أو النفسي في المدرسة أو رؤية ذلك.
- الممارسات الخاطئة في المدرسة.
- عدم الإلمام والمعرفة بمشكلة الخوف المرضي من المدرسة وأبعادها.
- اللجوء إلى التعامل بتلقائية وذاتية دون دراسة حالة الطفل والظروف التي عايشها.
- استخدام الشدة، والضرب، والتهديد، والقسوة لإجبار الطفل على المشاركة في الأسبوع التمهيدي وإبقاؤه في المدرسة طوال اليوم الدراسي أو الحضور مع زملائه في الصف.
- البيئة المدرسية المتمثلة في وجود أدوات الخوف من عصي والصراخ في التعامل والتفاعل مع تلاميذ المرحلة الابتدائية وبالذات الصفوف الأولى.
- الاستعجال في حدوث النتائج الإيجابية من قبل بعض العاملين في المدرسة ومحاولاتهم في معالجة حالات الخوف المدرسي.

- عدم استشارة المختصين نفسياً أو تربوياً لاعتقاد بعض العاملين في المدرسة بالشعور بالكمال تربوياً، والإحساس بالنقص في حالة الاستشارة.

أساليب مواجهة الخوف المدرسي:

- التفاهم والحوار بأسلوب مناسب مع الطفل عن مصدر الخوف الذي يعانيه.
- الكشف والتعرف المبكر على مصادر مخاوف الطفل. عدم استخدام أساليب العقاب أو السخرية من مخاوف الطفل ، استشارة المختصين في مراكز التوجيه والإرشاد الطلابي والعيادات النفسية.
- دراسة المشكلة في ضوء التنشئة الأسرية والمفاهيم الخاطئة التي شكلت ودعمت الخوف المدرسي للطفل.
- معرفة وتحديد نمط الخوف المدرسي الحاد أو المزمن عن طريق مراجعة العيادة النفسية لمعرفة مدى احتياج الطفل للعلاج النفسي أو الدواء المناسب في الحالات الشديدة.
- وضع برنامج متكامل يأخذ في الاعتبار حالة الطفل في علاقته بأسرته، وطبيعة المشكلة، ونوعية المعلمين، والإدارة في المدرسة ومدى مشاركتهم وتفهمهم لتطبيق البرنامج الذي قد يتطلب فصلا أو عاما دراسياً.

الفصل الثالث

التبول اللاإرادي

الفصل الثالث
التبول اللاإرادي

تعتبر حالة التبول اللاإرادي من أكثر حالات الاضطراب شيوعا بين الأطفال في مرحلة الطفولة وهى تظهر عند الأطفال الذين يعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل العاطفية. تشير الملاحظات إلى أن بعض الأطفال يبللون ملابسهم في الليل فقط وبعضهم في النهار والبعض الآخر يبلل ملابسه في الليل والنهار أيضا. هذا ولا تعتبر حالات التبول اللاإرادي مشكلة إذا ما حدثت في الطفولة المبكرة أي قبل سن ثلاث سنوات ، وإلا إذا استمرت إلى ما بعد هذا السن حيث تعتبر حالة مرضية (سلومونSolomon,1971) .

يذهب (كولب Kolb, 1968) إلى أن نسبة ٨٠% من أطفال سن السنتين عامة يبولون على أنفسهم لاإراديا، وان معظم الأطفال في نهاية السنة الثالثة من عمرهم يقلعون عن عادة التبول هذه وتبقى النسبة القليلة منهم والتي تشكل مشكلة يهتم بها الآباء والأمهات من جهة كما يهتم بها الأطباء والمعالجون النفسيون من جهة ثانية.

يعرف البعض التبول اللاإرادي بشكل عام "بأنه حالة من عدم السيطرة علي التبول على أن تكون ثابتة وتظهر لدي طفل يزيد عمره

عن سن الخامسة ،أما بولر (Baller ،١٩٧٥) فيعتبر التبول اللاإرادي بأنه: (حالة من التفريغ اللاإرادي للمثانة ليلا عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة ".

ويقصد بالتبول اللاإرادي كما جاء في المصنف الرابع الأمريكي للأمراض النفسية DSM-IV، على أنه تكرار التبول في الملابس أو الفراش لخض النظر عن كونه لاإراديا أو مقصودا، وحدث مرتين في الأسبوع على الأقل، والمستمر إلى ثلاثة شهور أو أكثر في غياب الأسباب العضوية (Harold,1994).

وتنتشر مشكلة عدم القدرة على ضبط عمليتي التبول والتبرز عند الأطفال في كل المجتمعات البشرية إلا أن طرق التدريب ومحاولات السيطرة على هذه المشكلات تختلف من مجتمع إلى آخر، كما أن الطرق العلاجية تنوعت ولم تظهر حتى الآن فعالية طريقة دون غيرها (Daniel and Terence,1975) .

ومن الملاحظ أن حوالي ٢٥% كل من يبولون على أنفسهم في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار أيضا وان نسبة الأطفال الذين يبولون لاإراديا تتناقص تدريجيا مع تقدمهم في العمر.

ولتحديد نسبة الأطفال الذين تزيد قدرتهم على السيطرة على تبولهم ليلاً ونهاراً مع زيادة العمر فان العلاقة بين العمر والتحكم في

التبول تعكس السير التلقائي للعملية. ففي عمر السنة يكون بعض الأطفال قد تعلموا ضبط التبول خلال الليل وفي عمر السنتين ونصف يكون نصف الأطفال تقريبا قد ضبط التبول في الليل والنهار. وفي عمر الثالثة تصل النسبة إلى ٧٥ % من الأطفال أما في عمر الخامسة فتكون النسبة العظمى من الأطفال قد تعلمت ضبط التبول ويبقى حوالي ١٠% منهم يعانون من المشكلة ، وبعد هذا السن تتناقص هذه النسبة وبنسبة ٥ ١% منهم سنويا (Boller et ١٩٧٥) (KaIvin,et al,1973). ويشير (Solomon،١٩٧١) إلى أن هناك ثلاثة أنواع من التبول اللاإرادي وهي: التبول الانتقامي والتبول العدواني، والتبول الذي لا يعود لأسباب أسرية أما وراثية أو ترتبط بطريقة التدريب على التبول واتجاهات الوالدين نحو عملية التدريب هذه.

ويتفق (كولبKolb,1968)، مع (Solomon ، ١٩٧١) في أن اتجاهات الوالدين وطبيعة التدريب على التبول لهما دوراً مؤثرا في التسبب بحالات التبول اللاإرادي، كما يشير كولب (Klob ، ١٩٦٨) إلى عدم وجود علاقة بين الذكاء والتبول اللاإرادي مؤكدا على أن طريقة معاملة الأمهات بشكل خاص للأطفال تلعب دورا هاما في هذا الجانب وذلك لان الأم التي تحمى طفلها حماية زائدة كثيرا ما تسبب له مثل هذه الحالة، ويفسر كولب تأثير اتجاهات الوالدين على حالة التبول اللاإرادي بان الطفل يحاول يرضيْ الوالدين ويكسب ودهم بعدم تبليل

فراشه أو ملابسه وانه في حالة إدراك الوالدين لذلك فإن الطفل سيعمل عل عدم تبليل فراشه دائما ليلقى قبولا وحبا من قبل الوالدين.

أما علي كمال (١٩٦٧) فيرى أن التبول الليلي ما هو إلا عـادة طبيعية تحدث في السنة الأولى من العمر، وان هذه العادة تقل تـدريجيا بعد ذلك مشيرا إلى أن حوالي ٨٩% من الأطفال تتوقف عنـدهم هـذه العادة في نهاية السنة الثالثة، إلا أنها تستمر عند البعض الأخـر، كمـا يتفق علي كمال مع كولب في أن مستوى الذكاء ليس له علاقة بـالتبول اللاإرادي. أما احمد عكاشة (١٩٦٩) فى دراسة ميدانية بـين طـلاب مدارس الابتدائية والإعدادية شملت المدارس الخاصة والحكوميـة فـي مدينة طنطا ووجد أن حالات التبول اللاإرادي أكثر انتشاراً في المدارس الحكومية وفسر ذلك على أساس تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي كما وجد أن هذه المشكلة تنتشر بين الأولاد أكثر منها بين البنات، أمـا فيما يتعلق بعلاقة التبول اللاإرادي بالذكاء فلم يتفق احمد عكاشة مع كل من كولب وعلي كمال حيث وجد أن الأطفال الذين يعانون من مـشكلة التبول اللاإرادي كانوا من ذوي الذكاء المنخفض أو المتوسط.

وتذكر (Jonathan,1993) أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى عدم الارتياح النفسي بالنسبة للطفل، فيشعر بالذنب وتـدني فـي معنوياتـه النفسية وتقل ثقته بنفسه،كما تعاني الأسرة من القلق والتوتر بسبب هذه المشكلة وتبدو ظاهرة التبول اللاإرادي شائعة عند الأطفـال الـذكور،

حيث يشكلون ضعف حالات الإناث (Hirasing, 1991) ، وهم أبطأ من الإناث في اكتساب عادة التحكم في البول، إلا أن ٩٠% عن الأطفال المتبولين يستطيعون التحكم بالبول خلال النهار (Meadow,1986) ومن الجدير بالذكر أن عملية التبول اللاإرادي تتحسن عند الأطفال مع مرور الوقت، إلا أنها تتأثر بالقدرة العقلية لدى الطفل، والنضج الاجتماعي، ومحددات البيئة الثقافية، وطبيعة التفاعل النفسي والاجتماعي داخل الأسرة (Harold, et al,1994) .

المراحل السلوكية لتطور ضبط التبول عند الأطفال

تزداد الفترة الزمنية التي يبقى فيها الطفل نظيفا مع زيادة العمر ويبدأ سلوك الطفل تطوره منذ الشهر الأول حيث يكون رد فعل الطفل الأول عندما يتبلل هو البكاء والصراخ وقد يستيقظ بعض الأطفال قبل فترة قصيرة من تبولهم. والواقع أن بعض الأطفال يتمكنون من النظافة خلال الليل قبل نهاية السنة الأولى من عمرهم. وفي سن ١٥ شهرا فان الطفل عندما يبلل ملابسه يستيقظ ويبكي حتى يتم تغيرها له، ويميل الأطفال إلى استعمال السلوك نفسه للدلالة على كل من عمليتي التبول والتبرز. فيما بين عمر ١٨ - ٢٤ شهراً يخبر الطفل أمه عادة بان ملابسه الداخلية قد اتسخت أما في السنة الثانية فان الطفل يستعمل سلوكيات مختلفة للدلالة على عمليتي التبول والتبرز، وبعد ذلك يعي الطفل بمثانته عند امتلائها فيصرخ معلناً عن أنه يريد بتبول ويدور في

حركات تدل على طلب المساعدة. في المرحلة التالية يحتفظ الطفل ببوله لفترة حتى يعي الحاجة الملحة للتبول ثم يبدأ الطفل في الذهاب إلى نزع ملابسه قبل أن يتبول وهذا قد يكون أسهل إذا كان الطفل قادرا على المشي وكان المكان أو الوعاء المخصص للتبول قريبا.

وخلال هذه المرحلة فان الطفل يصبح قادرا على أن يفرغ مثانته كل ليلة كليا. أما في عمر الثالثة فان يعلن عن رغبته في الذهاب إلى الحمام عادة بفخر واعتزاز ويميل إلى البقاء فيه لفترة أطول ويمضى في اللعب. وفي عمر الرابعة يعلن الطفل قدرته على التحكم في التبول لكل زائر باهتمام بالغ بإغلاق الحمام خلفه طالبا البقاء وحده خلال عملية التبول وفي هذه المرحلة أيضا يتمكن الطفل في أن يفرغ مثانته في درجة من الامتلاء دون الحاجة إلى الانتظار حتى تمتلئ كليا وهنا يكون قد تحول من مجرد عملية ارتدادية على شكل رد فعل لاإرادي إلى عملية إجرائية إرادية يهتم بها الطفل عند الحاجة، كما أن سيطرة الطفل على مثانته علامة تدل على نمو استقلاله الذاتى ، وهكذا نجد انه يتم التبول الإرادى خلال الطفولة ويستمر أحيانا حتى سن المراهقة حيث يتم مسارها بشكل طبيعي. أما الذين يستمرون في التبول اللاإرادي فيرجع ذلك إلى: إما أن يكون الطفل لم يتعلم ضبط تبوله في الأماكن الناشفة أو أن يكون قد تعلم ضبط تبوله سابقا ولكنه عاد إلى العادة فيما بعد وهؤلاء هم المنتكسين الذين وجد أنهم اقل من غيرهم في نسبة

الذكاء كما قد يكونوا إنهم أكثر انفعالاً وقلقاً.

أسباب التبول اللاإرادي

يعود التبول اللاإرادي في الغالب سواء كان أوليا، بمعنى أن الطفل قد استمر في التبول ولم يتعلم بعد ضبط مثانته، أو كان ثانويا (نكوصيا) إلى أحد العاملين التاليين عامة:

اضطراب أو خلل في الجهاز البولي أما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التى يمكن تصيب الأجهزة البولية. أو لأسباب نفسية انفعالية.

الأسباب العضوية:

أما بالنسبة للفئة الأولى من الأسباب فتعود في الغالب إلى الأمراض التي تصيب مجاري البول أو غيرها أو تلف أو اضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة مثلا أو اتساع فوهة المثانة... الخ.

الأسباب النفسية:

أما عن العوامل النفسية والعاطفية والتربوية فيذكر (Kolb,1968) أن الطفل يمكن أن يبلل ملابسه أو فراشه نتيجة وجود مولود جديد في الأسرة وذلك لان الأم تركز عنايتها على الطفل الجديد وتهمل الطفل السابق كذلك يشير إلى أن الطفل العدواني ميال للتبول

وبهذا فهو يتفق مع كوران وبارترج وستوري (Curran, Partridge and Story,1972) كذلك فان انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى قد يكون سببا في التبول اللاإرادي حيث تتطلب تلك المرحلة الجديدة سلوكا جديدا يجد انه من الصعب التكيف معه فتظهر لديه علامات النكوص التى تحدث عند بعض الأطفال لدى ذهابه إلى المدرسة لأول مرة. يضاف إلى ذلك أن ممارسة العقاب قد تؤدي إلى هذه الحالة وهنا فان الطفل يقوم بسلوك انتقامي يسعى إلى التبول وتوسيخ ملابسه أو فراشه انتقاما من الذين يمارسون عليه العقاب (كولب ١٩٦٨، Kolb) كذلك فان عامل المنافسة والغيرة بين الأطفال في الأسرة الواحدة والذي يشجعه الآباء أحيانا بشكل خاطئ بالإضافة إلي الاحباطات والنقد الذي يتعرض له الطفل من أفراد أسرته قد تؤدي إلى حالة التبول اللاإرادي .

ويذكر كاهان (Kahn, ١٩٧٣) أن هناك عدة أسباب في فشل الطفل فى ضبط التبول أصلا أو في عودة الطفل إلى التبول اللاإرادي بعد أن يكون قد سيطر على عملية التبول ، يمكن تلخيصها فيما يلي:

١- **انخفاض مستوى الذكاء:** ذلك انه من المتوقع أن تكون عملية الضبط عند الأطفال المتخلفين عقلياً أقل منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء.

٢- **الظروف الاجتماعية والمعيشية:** ويكون السبب هنا في نقص التدرب بسبب تعدد الأطفال في الأسرة واكتظاظهم عند النوم في

الغرفة الواحدة.

٣- **التدريب الزائد:** ذلك أن الاهتمام الزائد في تدريب الطفل على ضبط وتفريغ المثانة يزيد من حساسيتها للاتساع ولذلك فان محاولة ضبط عملية التبول دون مراعاة عمر الطفل تخلق عنده قلقا يؤثر في سلوكه تأثيرا سلبيا يجعله غير قادر على الضبط عند وجود الحاجة.

٤- **المواقف النكوصية:** وهنا نجد أن الطفل يعود إلى أنماط سلوكية، طفولية سابقة عندما يتعرض لضغط عاطفي من نوع ما أو خلال فترة المرض الجسمي الذي قد يتعرض له الطفل ، من هذه المواقف الانفصال عن الأم أو وجرد مولود جديد اصغر منه يحظي باهتمام الأم أو ظروف الامتحانات... الخ.

٥- **التثبيت في مستوى طفولي:** حيث يستمر بعض الأطفال غير قادرين علي ضبط عملية التبول بسبب تغاضى بعض الوالدين عن ضبط ابنهم لتبوله لعدم وجود طفل آخر غيره فتستمر معه العادة إلى سن متقدمة.

٦- **العدوانية:** حيث يظهر بعض الأطفال سلوكا عدوانيا نحو أمهاتهم يتمثل في التبول اللاإرادي كوسيلة للتعبير عن التمرد أو نتيجة صراعاتهم التي يعانون منها نتيجة لعملية الضبط.

٧- **اللذة أو الاستمتاع** بالدفء الذي يعقب عملية التبول أثناء النوم مما يزيد من استمرار هذا السلوك الخاطئ.

هذا ويضيف البعض إلى هذه الأسباب عوامل من مثل الأحلام والكوابيس التي يعيشها الطفل أثناء النوم، الخوف، والعقاب وإهمال الآباء والأمهات وعدم اهتمامهم بمساعدة الطفل علي اكتساب عادة ضبط عملية التبول وما يعود إلى سوء التدريب أو عدمه في الطفولة المبكرة. وبالرغم من تعدد الأسباب التي قد تساهم في التبول اللاإرادي فانه يمكن النظر أليه علي واحد من اضطرابات العادة أو انه سلوك غير تكيفي (Siett ، ١٩٧٧) وانه كما يرى، (Wooly) مشكلة في التدريب على العادة (Bakwin and Bakwin ، ٩٧٢ أ)

العلاج

لقد تعددت طرق العلاج التي استخدمت في علاج التبول اللاإرادي وأخذت أشكالا مختلفة بعضها طبي وبعضها نفسي.

أولاً: العلاج الطبى الدوائى:

فالعلاج الطبي يعتمد على استخدام العقاقير أو اللجوء إلى العمليات الجراحية في بعض الحالات ويذكر كوران ورفاقه (١٩٧٢ ،Currin,et al) أن استخدام الدواء ضروري مع الحالات التي تعاني من نوم عميق كما يمكن استخدام العقاقير المقوية للجهاز السمبثاوي

والتي تخفض من النوم العميق وهذه العقاقير تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات اكبر من البول. كما يمكن اسحدام العقاقير المضادة للاكتئاب. بكميات تتراوح ما بين ٢٥ – ٧٥ ملغم يوميا حيث تكون هذه العقاقير تهبط الأعصاب الباراسميتماوية، ومن ثم تقوى الأعصاب السميثاوية وبالتالي تساعد علي احتفاظ المثانة بكميات اكبر من البول كما أنها تقلل من مستوى القلق والاكتئاب التي يعاني منها الطفل وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي الجديد وهو اليقظة عند امتلاء المثانة وفي هذه الحالة فان العلاج يجب أن يستمر لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور حتى نتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (احمد عكاشة، ١٩٦٩).

ثانياً: العلاج النفسى:

فى العلاج النفسي يتم استخدام أساليب متعددة تتراوح بين إعادة التدريب إلى إرشاد الوالدين والطفل وتدريب الطفل على الاحتفاظ بامتلاء المثانة وتعزيز هذا السلوك من خلال استخدام الأساليب الاشراطية القائمة على أساس استخدام جهاز علاج التبول (ملف مورر)، وذلك لإحداث الاقتران بين الصوت الذي يحدثه الجهاز عند بداية عملية التبول وامتلاء المثانة كمثيرين لإيقاظ الطفل، ذلك أن الصوت المفاجئ الذي يصدر عن الجهاز يشكل مثيرا طبيعيا لليقظة وانه حين يقترن في عدد من المرات مع امتلاء المثانة فان عملية التعلم

الشرطي تحدث بحيث يصبح امتلاء المثانة وحده مثيرا شرطيا وكافيا لإحداث اليقظة وبالتالي سلوك التبول الصحيح.

ولقد استخدم مورر ومورر عام ١٩٣٨ جهاز البول الرنان Enuresis Alarm أو Bell and pad وقد وصلت نسبة التحسن في دراسات لاحقة إلى ٧٠% عند الأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي،إلا أن الانتكاسات كانت تصل إلى ٣٠%. (Cordon and Husmann1987) كذلك فإن هناك تحفظات على استخدام طريقة الجرس لأنه يشكل إزعاجا بالنسبة للطفل وباقي أسرته (Sarnuel,1980).

واستخدم سميث عام ١٩٤٨ طريقة حبس البول لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي، وذلك بأن يؤخر الطفل عملة التبول عند امتلاء مثانته لفترة من الوقت، ويكرر هذه الطريقة لفترة زمنية، كما استخدم باسجالس عام" ١٩٧٢ نفس الطريقة مع إعطاء الحوافز، وقد أظهرت الطريقة تحسنا بسبة ٥٠% (Shaffer ١٩٨٧).

واقترح شارلز، هوارد بأن يقوم الطفل بتفريغ البول في مبولة لمعرفة كمية البول، وفي كل مرة!م نشجع الطفل على حبس البول لفترة زمنية أطول حتى تزداد كمية البول،ويتم كذلك تقديم المعززات المادية والمعنوية (هوارد١٩٨٩)

ولقد أشار دويل (Doyle) إلي وجود أعداد كبيرة من الدراسات

التي تؤكد نجاح الأساليب السلوكية في معالجة التبول اللاإرادي حيث اقتربت نسبة النجاح فيها إلي ما يقرب من ٩٠ % في بعض الحالات. (Spence,et al,1976) ، حيث أوضحت دراسة (Sloop and Kennedy,1973) أن استخدام الطريقة السلوكية التقليدية في علاج التبول اللاإرادي باستعمال جهاز علاج التبول الذي يحدث صوتا (ملف ماور) يشير إلي تحسن ملحوظ في سلوك التبول عند مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا على اثر المعالجة التي استمرت مدة أحد عشر أسبوعا. حيث وجد أن ٥٢% من الأطفال الذين خضعوا للعلاج قد وصلوا إلي مرحلة النظافة الكاملة لمدة ١٤ يوما بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الذين أخذوا إلي الحمام مرتين كل ليلة سواء بللوا فراشهم ووجد أن طفلا واحدا منهم فقط ويمثل ٥ % لم يظهر تحسنا بهذا الأسلوب العلاجي يعتبر تعلم الطفل ضبط تبوله استجابة تجنبه الإفاقة المفاجئة ليلا والذهاب إلي الحمام وهي بحد ذاته نتيجة غير سارة

ولقد استخدموا أسلوبا آخر وحاولوا فيه تعزيز ضبط المثانة إيجابيا بدلا من التركيز علي سلوك التبول في حد ذاته. وبمعني آخر فقد اهتموا بتعليم الطفل وتدربه عل الاحتفاظ لمدة تزيد طولا مع التقدم في عملية التدريب حيث تم التركيز على المعززات الاجتماعية والمادية أو الرمزية التي يمكن للطفل استبدالها بما يشاء.

وكانت نتائج هاتين الدراستين قد أشارت إلى نجاح تلك الطريقة

في معالجة التبول الليلي أو أثناء النهار في فترة زمنية قصيرة نسبياً. ولقد استمر هذا الأسلوب لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء عملية العلاج.

وفي دراسة أخرى لستديمان (Stedman,1972) تركت مسؤولية العلاج للمربي نفسه حين طلب من فتاة في عمر الثالثة من عمرها أن تتحمل مسؤولية تعليم وتدريب نفسها على الاحتفاظ بامتلاء المثانة دون الذهاب إلى الحمام ، وذلك بزيادة مدة الاحتفاظ هذه مع الزمن وفي نهاية الأسبوع الثامن من العلاج كان معدل تبول الفتاة لا إرادياً مرتين في الأسبوع. وبعد متابعتها لمدة تسعة أشهر لم تعد الفتاة تتبول على نفسها ولقد وجد كل من كرنر وزملاؤه (Turner , et al., 1970) عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات العلاجية سواء تلك التي عولجت بواسطة جهاز التبول أو بأساليب مختلفة من حيث تقديم الإشارة الصوتية أو تلك التي استخدم معها العلاج الوهمي حيث دلت النتائج على العلاج عن طريق الاشراط قد استطاعت وقف التبول في بداية المعالجة بنسبة ٨١,٤% ولكن معدل أو نسبة الانتكاس كانت عالية. هذا وقد دلت الدراسة مبدئيا حدوث تكرار سلوك التبول اللاإرادي لدى مجموعة العلاج باستخدام الاشراط المرتبط بالتعزيز المتقطع، إلا أن مشكلة عدم تعاون الوالدين وخاصة من أبناء الطبقة العاملة كانت من بين المشكلات التي اتضحت في سير الدراسة مما ، يمكن اعتباره سببا في التقليل من فعالية تلك الأساليب الاشراطية. أما

(فانيلي وزملائه (Finley, et.al. 1973) قـد اهتمـوا بالتأكـد مـن الفرضية التي تقول أن معدل الانتكاس على أثر استعمال جدول التعزيز المتقطع سيكون اقل كفاءة من استعمال جدول التعزيز المستمر ومن خلال دراسة قاموا بها على ثلاثين من الذكور قسموا إلى ثلاث مجموعات تعزيز مستمر ، ومجموعة تعزيز متقطع ومجموعة ضابطة بدون تعزيز. وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى إن مجموعتي التعزيز قد تعلمتا سلوك النظافة بنفس عدد المحاولات ونفس معدل "النجاح تقريبا إما معدل الانتكاس فقد كان أعلى وبفرق ذي دلالة عند أفراد مجموعة التعزيز المستمر منه عند أفراد مجموعة التعزيز المتقطع. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر أي تحسن ملموس خلال مدة العلاج التي استغرقت ستة أسابيع. وبهذا فان نتائج هذه الدراسة تأتي مؤيدة أيضا لفكرة انه يمكن النظر إلى الانتكاس على أساس محو سلوك أو استجابة متعلمة وعليه فانه يمكن العمل علي معالجتها ثانية. هذا ولقد حاول (يونغ ومورجان (Young and Morgan ,1973) اختبار الفروق بين ثلاثة مستويات من شدة المثير الصوتي في الجرس المستخدم في إفاقة الطفل والمرتبط مع جهاز التبول، إلا أن نتائج دراستهما لم تظهر أية فروق بين المجموعات الثلاث سواء في فعالية المعالجة أو في معدل الانتكاس بعد المعالجة.

أما ازرن وزملائه (Azrin.et al;1973) قد اهتموا بتطبيق

أسلوب الفرشة الجافة – Dry) (Bed Procedure) والقائم عل أساس تطبيق برنامج مكثف لمجموعة من البالغين المتخلفين عقليا يقوم على أساس التعزيز الإيجابي لأنماط السلوك الصحيح فيا يتعلق باستعمال الحمام، والتعزيز السلبي لحالات التبول اللاإرادى ، والتدريب الإيجابي لاستعمال الحمام ليلا وزيادة مستوى البول عن طريق إجبار المريض تناول المزيد من السوائل بالإضافة إلى الانتباه المباشر والآني لأنماط السلوك الصحيحة والخاطئة في استعمال الحمام. هذا وقد وجد الباحثون أن ليلة واحدة من التدريب المكثف كانت كافية لإنهاء عادة التبول اللاإرادي عند من اعتبر منهم متبولا متوسطا، كما قلت حوادث التبول اللاإرادي عند المجموعة بما يساوي ٨٥% من معدلها السابق خلال أسبوع واحد من التدريب وبما يساوي ٩٥% في الأسبوع الخامس وبدون أي حالة انتكاس بعد ثلاثة أشهر من المتابعة، في حين أن استخدم جهاز التبول الصوتي مع نفس المجموعة سابقا وبدون استعمال ردود الفعل السلبية والإيجابية لم يقلل من حوادث التبول على الإطلاق. يخرج الباحثون من نتائج دراستهم هذه إلى القول بأنه من الواضح انه يمكن اعتبار أسلوب الفراش الجاف (Dry - Bed Procedure) أسلوبا سريعا في حل مشكلة التبول عند المتخلفين عقليا وانه يمكن تطبيقه مع المجموعات المرضية الأخرى أو حتى مع الأسوياء.

وفي دراسة أخرى استخدم ازرن وزملاؤه. (Azrine et.al.,

(1974 نفس الأسلوب السابق الذي اشتمل في دراستهم السابقة (Azrin et al., 1973) مع مجموعة من الأطفال الأسوياء الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي مؤكدا على تطبيق نظام التدريب المكثف بالإضافة إلى جهاز التبول الصوتي فوجدوا أن ليلة واحدة من التدريب المكثف أيضا قد كانت كافية للوصول إلى حادثتي تبول لاإرادي فقط عند كل من أفراد الدراسة وذلك قبل الوصول إلى مستوى النظافة الكلية على مدى ١٤ ليلة مستمرة بدون تبول وبدون انتكاس في حين أن قليلا من التحسن في بعض الحالات أو عدم التحسن في حالات أخرى أمكن الوصول إليه عن طريق تطبيق أسلوب جهاز التبول الصوتي (ملف ماورر) وحده على مجموعة ضابطة على أثر أسبوعين من العلاج وبهذا فان أسلوب ازرن ورفاقه المعروف باسم أسلوب الفرشة الناشفة يبدو فعالا وسريعا ومختلفا عن غيره من الأساليب العلاجية المستخدمة في معالجة التبول اللاإرادي. وقد حاول كل من يونغ ومورجان (Morgan and Young1972) اختبار اثر التعليم الزائد (Over Learning) على معدل الانتكاس وذلك على اثر الوصول إلى مستوى النظافة الكاملة لمدة ١٤ يوما متواصلة عن طريق استخدام جهاز التبول الصوتي بان أعطيت مجموعة من ٦١ حالة إجراءات التعليم الزائد بالإضافة إلى إعطاء المرضى كمية كبيرة من السوائل في ساعة واحدة من ذهابهم إلى النوم كطريقة لتقوية مقاومة الاستجابة المتعلمة للامتحان. هذا وقد وجد الباحثان إن هذه الطريقة

تقلل بالفعل من معدل الانتكاس دون زيادة في احتمال ترك المرضى للمعالجة قبل الأوان وذلك بعد سنتين من المتابعة. وفي دراسة قام بها (Nerrelbeck and Langeludecke,1978) . ١٩٧٨) استخدم فيها ٢٤ من المرضى عولج سبعة منهم بأسلوب التدريب المكثف المطابق لأسلوب ازرن ورفاقه، (Azrin ,et.,al 1974) وتسعة بنفس الأسلوب ولكن بدون استعمال جهاز التبول (الصوتى) وتسعة منهم لم يتلقوا أي شكل من أشكال العلاج كمجموعة ضابطة.

وأشارت إلى نتائج تلك الدراسة فقد أظهرت انه بالرغم من التباين الموجود بين أفراد الدراسة أصلا فان جميع أفراد المجموعة الأولى التي عولجت بأسلوب التدريب المكثف المقرون بجهاز التبول قد وصلوا إلى درجة النظافة الكاملة على مدى أسبوعين وذلك بعد ثمانية أسابيع من العلاج أما أفراد المجموعة الثانية التي لم يستخدم معها الجهاز فان عدد مرات التبول في نهاية العلاج كانت مساوية تقريبا لما كانت عليه قبل العلاج باستثناء حالة واحدة وكذلك الأمر بالنسبة للمجموعة الضابطة.

ولقد استخدم (Azrin,1974) طريقة التدرب على جفاف الفراش Dry - Bed Training ، مع استخدام جرس الإنذار، وحصل على نتائج سريعة، وتذكر بعض الدراسات أن نسبة التحسن عند الأطفال تصل إلى ٥٠ % (Jonthan 1993). وتعد طريقة العلاج

الزائف Placebo power من المحاولات التي تهدف إلي السيطرة علي مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال ، وقد أشارت بعض الدراسات إلي أن نسبة التحسن تصل إلي ٦٨%.

الفصل الرابع
مشكلات التواصل
اضطرابات الكلام واللغة

الفصل الرابع
مشكلات التواصل

مقدمة :

يعتمد الشخص العادى اعتمادا كبيرا علـــى أســاليب التواصـــل اللفظى فى مشاركته لأفكاره ومشاعره مع الأشخاص الآخرين ، وفـــى اكتساب معلومات جديدة من خلال تفاعله مع الآخرين. فالغالبية العظمى من الأفراد يأخذون مهارات التواصل وكأنها أمور مسلم بها نظراً لأنهم لم يواجهوا مشكلات حادة فى فهم الآخرين ، أو فى محاولـــة التعامـــل معهم من خلال اللغة. إلا أن الحال ليس كذلك دائما ، فبعض الأطفال لا تنمو مهارات التواصل لديهم على هذا النحو الـــسوى ، بـــل تـــواجههم بعض الاضطرابات. وقد تكون آثار هذه الاضـــطرابات ــ خاصـــة إذا كانت من النوع الحاد ــ ذات طبيعة مدمرة للنمو وخاصة فى مجـــالات التحصيل الدراسى والشخصية فى المستقبل أن لم تجد العلاج الملائم فى الوقت المناسب.

كما يعرف التواصل Communication بأنه عبارة عن تبادل الأفكار بين المرسل والمستقبل. ونحن نعتقد أن هذا جزء بسيط وطبيعي جداً من حياتنا اليومية. شخص ما يَتكلَّمُ، وشخص آخر يستمع إلى مـــا يقال. وبرغم ذلك، أنا أعتقد أننا لم نتوقف لنفهم حقاً كيـــف تـــتم هـــذه العملية. بالنسبة للبعض قد تتم هذه العملية بسهولة، بينما للبعض الآخر

يمكن أن يكون الكلام أكثر الأشياء إحباطاً كجزء من حياتهم. فقد يجد البعض طرق مختلفة للتواصل مثل لغة الإشارة بينما يقبل الآخرون حقيقة أن يبدوا بشكل مختلف عن الآخرين. وتعد اللجلجة stuttering أحد اضطرابات التواصل communication disorder والتي قد تمثل صعوبة كبيرة لفهم الرسالة القادمة من المرسل .

وربما يكون معلم التربية الخاصة ، أو الأخصائى النفسى أو المدرس العادى ، أو أحد الأخصائيين المهنيين الآخرين ، هو أول من يساوره الشك فى وجود صعوبات التواصل عند بعض الأطفال.

ويهدف هذا الفصل بوجه عام إلى تقديم مدخل إلى اضطرابات التواصل ومنها النطق واللغة عند الأطفال. ونأمل من قراءة هذا الفصل يصبح القارئ ملما بالخصائص السلوكية الأولوية التى ترتبط بمثل هذه الاضطرابات ، كما نأمل فى أن يصبح المعلم أكثر قدرة على التعرف على مثل هذه الصعوبات ، وأن يكون مهيئا للعمل على تحويل هؤلاء الأطفال إلى أخصائى عيوب النطق بقصد التقييم الدقيق ، والحصول على التدريب العلاجى اللازم عند الضرورة. حيث أننا لا نستطيع أن نقلل من دور المعلم فى التعرف المبكر على صعوبات النطق واللغة عند الأطفال. ويجب أن نأخذ بمبدأ تعدد الجوانب والتخصصات اللازمة فى العملية العلاجية حتى تكون أكثر وضوحا كلما تعمقنا فى شرح وتفسير هذه الاضطرابات فى التواصل.

تعريف اضطراب التواصل

يمكن النظر إلى التواصل على أنه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد. وأن المعلومات يمكن إرسالها ، كما يمكن استقبالها بطرق متعددة تتراوح بين الكلمة المنطوقة أو المكتوبة ، والابتسامة الصادقة والمودة ، إلى حركات اليدين ، وتعبيرات الوجه ، وما إلى ذلك.

وعلى الرغم من أن كل أشكال الحياة الحيوانية يفترض أنها تتضمن نظاما ما من نظم التواصل ، ولكن سوف يتم التركيز على التواصل بين أفراد البشر أكثر من الاهتمام بنظم الإشارة بين أفراد الحيوان. حيث سوف يتم التركيز على التواصل الإنسانى اللفظى المنطوق.

حيث يتضمن نظام التواصل الشفوى كلا من المخاطبة والاستماع ، كما يتضمن اللغة والكلام. على الرغم من أن البعض يستخدمون مصطلحى الكلام واللغة بشكل متبادل ، إلا أن الأخصائيين المهنيين العاملين فى حقل اضطرابات التواصل يميزون بشكل واضح بين هذين المصطلحين.

تعريف اللغة:

تعرف اللغة بأنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد ، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز. وذلك بهدف

التواصل بالأفكار والمشاعر بين الأفراد. يرى "بـانجس" (١٩٦٨) أن اللغة ــ بوجه عام ــ تتكون من نظم لغوية أربعة هى : ــ

١. نظام دلالات ، وهو الذى يتعلق بمعانى الكلمات والمجموعات من الكلمات.

٢. النظام التركيبى البنائى ، ويتعلق بالترتيب المنتظم للكلمات فـى مقاطع أو جمل.

٣. النظام المورفولوجى الصرفى ، ويتعلق بالتغييرات التى تـدخل على مصادر الكلمات لتحديد أشياء كالزمن أو العدد أو الموضع ... الخ.

٤. النظام الصوتى ، وهو يتعلق بالأصوات الخاصـة بالاسـتخدام اللغوى.

ويتضمن الإداء الوظيفى اللغوى فى شكله العادى على جانبين: الجانب الأول ، هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين ، أما الجانب الثانى فيتمثل فى قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة فى تواصله مع الآخرين.

تعريف الكلام:

يعرف الكلام على أنه الفعل الحركى أو العملية التى يـتم مـن خلالها إصدار الرموز الصوتية واستقبالها هذه الرموز بـانجس ١٩٦٨

ص ١٣. ويشمل الكلام على الإدراك الصوتى للغة والتعبير من خلالها أو إصدارها. ونظراً لأن الكلام هو فعل حركى فإنه يشتمل على **أربع عمليات رئيسية هى :-**

١. التنفس أى العملية التى تؤدى إلى توفير التيار الهوائى اللازم للنطق.

٢. إخراج الأصوات أى إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية.

٣. رنين الصوت ، أى استجابة التذبذب فى سقف الحلق الملئ بالهواء ، وحركة الثنيات الصوتية مما يؤدى إلى تغيير نوع الموجه الصوتية.

٤. نطق الحروف وتشكيلها ، أى استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لاخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام ، كما هو الحال فى الحروف الساكنة والحروف المتحركة.. الخ.

ويتضمن الكلام أيضاً عدد من المدخلات الحسية المختلفة كالأجهزة البصرية والسمعية واللمسية وذلك عند محاولة تغيير الأصوات التى يصدرها الإنسان.

كما أن الكلام واللغة يتأثران بالبناء أو التركيب التشريحى للفرد، والأداء الوظيفى الفسيولوجى ، والأداء العضلى الحركى ، والقدرات

المعرفية ، والنضوج ، والتوافق الاجتماعى والسيكولوجى. والانحرافات أو الأشكال المختلفة من الشذوذ فى أى من العوامل السابقة يمكن مما ينتج عنه اضطراب فى التواصل قد يتضمن النطق ، أو يتضمن اللغة ، أو قد يتضمن النطق واللغة معاً.

اضطرابات اللغة:

أولاً: تعريف اللجلجة :

اللجلجة هي اضطراب في طلاقة الكلام ويتميز بالتوقف المفاجئ أو التكرار اللاإرادي للأصوات والمقاطع والكلمات أو التوقف تماماً عن الكلام أو إطالة الأصوات والمقاطع.

وقد يشار إلى اللجلجة Stuttering بالتلعثم أو اعتقال اللسان stammeringأيضاً وتعرف على أنها اضطراب في الكلام يعاق من خلالها تدفق الكلام وذلك عن طريق التكرار التلقائى وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات أو العبارات. أو الوقفات مما يجعل الفرد غير قادر على إنتاج الأصوات الشفوية.

ويمكن تصنيف النظريات التى فسرت اللجلجة إلى:

١- نظريات التى ترجع اضطراب اللجلجة إلى أسباب سيكولوجية ونيرولوجية.

٢- نظريات اعتمدت فى تفسير اللجلجة على الانحرافات الجسمية أو التكوينية.

٣ - نظريات ترجع اضطراب اللجلجة: إلى أسباب بيولوجية.

النظريات التكوينية المفسرة للجلجة:

منذ عهد أرسطو ويسود اعتقاد لدى البعض بأن أسباب اللجلجة تكمن فى بعض العوامل الجسمية أو التكوينية. ولقد شملت هذه النظريات المبكرة فى تفسير اللجلجة بعض العوامل مثل: الخطأ التكوينى فى اللسان ، والتلف المخى ، وعدم القدرة على التنسيق الحركى. وخلال الثلاثينيات من هذا القرن شاعت إلى حد بعيد نظرية تدعو إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب اللجلجة تنقصهم السيطرة المخية العادية. كذلك اخذ بعض العلماء بالافتراض القائل بأن أسباب اللجلجة تكمن فى العوامل الوراثية ، وكان من بين المدافعين عن هذا الرأى (يندل جونسون ١٩٥٩).

كما ظهرت نظرية حديثة ــ ترى أن اللجلجة هى نوع من الخلل فى ضبط التوقيت ينتج عن اضطراب التغذية المرتدة السمعية مما يؤدى إلى تقطع فى تتابع العمليات الحركية اللازمة للكلام (ريبر ١٩٧١ ، ١٩٧٣). وهذه النظرية لاتزال موضع جدل ونقاش حيث أن محور

عملية اللجلجة يكمن فى خلل يصيب الأداء الوظيفى للحنجرة فى المواقف التى تسبب التوتر (شوارتز ١٩٧٦). كما أن هناك وجهة نظر ترى أن من بين العوامل التى تؤدى إلى استمرار تظل الثنيات الصوتية فى الحنجرة مفتوحة ومن ثم تعوق إصدار الأصوات اللازمة للكلام. ولكى يتغلب الشخص على الثنيات الصوتية المفتوحة فانه يقوم بالضغط على هذه الثنيات بواسطة الشفتين واللسان والفك وأجزاء أخرى من الجسم. وتصبح هذه الاستجابات جزءا من السلوك الذى نطلق عليه اللجلجة.

على الرغم من أن كثيرا من المبادئ التى جاءت بها النظريات العضوية والتكوينية المبكرة إلا أنها لا تلقى تأييدا كبيرا فى الوقت الحاضر من جانب كثير من الأخصائيين ، كما أن احتمال وجود انحرافات تكوينية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب اللجلجة افتراض لا يمكن استبعاده.

النظريات النفسية:

نظرت بعض النظريات إلى اللجلجة على أنها أحد الأعراض النيرولوجية التى ترجع إلى حاجات لا شعورية عند الفرد ، أو إلى القلق الشديد ، أو إلى المشكلات الانفعالية الحادة. على الرغم من أن نظريات

التحليل النفسى فى تفسير اللجلجة لا يزال لها مؤيدوها والمدافعون عنها من أمثال (بلانتون و بار بارا) ، إلا أن عددا كبيرا من الأخصائيين فى علاج عيوب النطق يتفقون على أنه إذا وجدت المشكلات الانفعالية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب اللجلجة، فإن هذه المشكلات عادة ما تكون نتيجة من نتائج الاضطراب أكثر منها سببا فيه.

ولقد لقيت نظريات التعلم فى تفسير اللجلجة تأكيدا واهتماما فى السنوات الأخيرة. على الرغم من تباين هذه النظريات إلى حد بعيد. حيث افترضت إحدى هذه النظريات التى عالجت اللجلجة منذ وقت مبكر أن هذا الاضطراب ينمو ويتطور عندما يستجيب الوالدان بطريقة سلبية للأشكال العادية من عدم طلاقة النطق التى تظهر عند الأطفال الصغار (جونسون وآخرون ١٩٦٧). يترتب على ذلك بدء دائرة مفرغة. تبدأ هذه الدائرة بشعور الطفل بالاستجابات السلبية من جانب الوالدين ، وبعدئذ يدخل الطفل مرحلة صراع تصاحب محاولاته لتجنب أشكال عدم طلاقة النطق. هذا الصراع يؤدى بدوره إلى زيادة عدم طلاقة النطق أكثر مما يؤدى إلى تخفيضها. ومن ثم ترى هذه النظرية إلى إن اللجلجة كمشكلة محددة تحدث بعد أن حملت هذا المسمى من جانب الوالدين أو الأشخاص الآخرين وترى "فإن ريبر" أن كثيرا من أشكال السلوك التى يطلق عليها اضطراب اللجلجة سلوك متعلم على

الرغم من أن نظريات التعلم الحالية قد لا تتضمن تفسيرا كاملا للأصول التى تنشأ منها اللجلجة أو الأسباب التى تؤدى إلى بقائها واستمرارها.

ومما سبق ذكره نرى أن الحوار والجدل النظرى حول اللجلجة وأسبابها ربما يستمر طالما أن هذا الاضطراب من اضطرابات الكلام قائم وموجود.

مظاهر اضطراب اللجلجة:

يكون اضطراب اللجلجة عادة مصحوبا بمجموعة من المظاهر بعضها واضح يمكن للآخرين ملاحظته ، وبعضها الآخر خفى غير قابل للملاحظة المباشرة. كما أن المظاهر الواضحة لعدم طلاقة النطق ، وما يرتبط بها من لزمات غير ذات صلة بالكلام ذاته تظهر فى أوقات مختلفة وبدرجات متفاوتة. تشمل أشكال عدم الطلاقة التى كثيرا ما ترتبط باللجلجة تكرار الأصوات الفردية والمقاطع والإطالة فى نطقها. ومن الأشكال الأخرى لعدم الطلاقة تكرار الكلمات والجمل الناقصة وإصدار الأصوات الخاطفة والفترات المتقطعة من الصمت. وكذلك فإن صعوبة حركة أجهزة الكلام الشفاه واللسان والأسنان تعتبر من المظاهر الشائعة.

وفى كثير من الحالات تنمو وتتطور بعض اللزمات غير المرتبطة بالكلام كجزء من السلوك المصاحب "جلجلة. ومن بين هذه الأشكال من السلوك الثانوى ارتجاف الشفاه ، وارتعاش رموش وجفون العينين ، والفك ، وارتعاش الذراعين، وزيادة توتر أجزاء الجسم ، وعدم انتظام التنفس ، وشخير الأنف.

وجميع الأشكال السابقة من السلوك الظاهر يعتقد بأنها ترتبط بالجوانب الخفية غير الظاهرة ، أى المشاعر الداخلية للفرد تجاه موقف اللجلجة. وكثيرا ما تتضمن استجابات الأشخاص الذين يعانون من اللجلجة الخوف من إصدار أصوات معينة ، أو الخوف من المواقف التى تتطلب الكلام بوجه عام ، ومشاعر القلق والإحباط فيما يتعلق باللجلجة. ومن أشكال هذا السلوك أيضا مشاعر الذنب والميول العدوانية. مثل هذه المشاعر كثيرا ما تدفع الشخص الذى يعانى من اللجلجة إلى تجنب الكلام أو محاولة تأخيره خاصة عندما يتوقع مواجهة مشكلة أو صعوبة ما.

ومن المعروف أن الأشخاص الذين يعانون من اللجلجة يتنبئون بدقة بالأوقات والمواقف التى يتوقعون اللجلجة فيها ، وتميل مظاهر عدم الطلاقة إلى الحدوث فى نفس المواقف وربما فى نفس الكلمات أيضاً.

وبوجه عام ، تميل أشكال سلوك اللجلجة إلى الحدوث فى الأصوات التى تبدأ بها الكلمات ، وفى الكلمات الأولى من الجمل ، وفى الكلمات الطويلة.

ويستخدم كثير من الأخصائيين الإكلينيكيين مصطلحى أولى وثانوى للتمييز بين حالات اللجلجة الخفية ، وحالات اللجلجة الحادة. وكما سبق أن ذكرنا فإن اضطراب عدم طلاقة النطق يميل لان يكون ظاهرة نمائية تزداد سوءا بالتدريج بمضى الوقت إذا لم يتوفر لها العلاج الملائم فى الوقت المناسب.

تشخيص حالات اللجلجة:

بوجه عام ، يحتاج أخصائى عيوب النطق لان يحدد ما إذا كانت هناك حالة حقيقة من اللجلجة ، أم أن ما يظهر على الطفل لا يتعدى مجرد كونه نوعا من عدم الطلاقة يعتبر نمطيا بالنسبة لعمره الزمنى. فإذا كان الطفل يعانى من حالة لجلجة حقيقة يجب البحث عن الكيفية التى بدأ بها ظهور المشكلة ، والطريقة التى تطورت بها ، ويتم ذلك من خلال الدراسة المفصلة للتاريخ التطورى للحالة.

ولما كانت الاختبارات التشخيصية للكشف عن حالات اللجلجة تعتبر محدودة للغاية ، فإن قدرا كبيرا من المسؤولية يقع على عاتق الأخصائى الإكلينيكى فى تصميم وسائله الخاصة لتقييم ووصف المظاهر الخاصة لسلوك اللجلجة. يحتاج هذا الأخصائى أن يحدد أشكال عدم طلاقة النطق من ناحية ، واللزمات الثانوية المرتبطة بها من ناحية أخرى ، وذلك باستخدام أنواع مختلفة من مواد القراءة ، ومواقف مختلفة تتطلب الكلام.

وهناك دلالات إضافية على درجة حدة حالة اللجلجة ، فكثيراً ما يستخدم الأخصائيون أساليب ووسائل لقياس إمكانية تكييف حالة اللجلجة أى ميل اللجلجة إلى التناقص كلما كرر الطفل قراءة نفس المادة ، وكذلك ثبات اللجلجة أى ميلها للحدوث فى نفس الكلمات فى القراءة المتتالية لنفس المادة. أو وعى الطفل باللجلجة واستجاباته لها تحتاج أيضا إلى تحديد جنبا إلى جنب مع الوسائل التى تستخدم للتغلب على حالة عدم الطلاقة فى النطق وهى التأخير ، والتجنب والبدء والتوقف.

بعدئذ يقوم الأخصائى الإكلينيكى بتجريب أساليب علاجية مختلفة أثناء عملية التقييم التشخيصية بهدف التعرف على الأساليب التى تبدو أكثر فعالية من غيرها فى تعديل سلوك اللجلجة. تستخدم هذه المعلومات

بالإضافة إلى نتائج الأساليب التشخيصية العامة التى سبق شرحها فـــى تقدير درجة حدة الاضطراب عند الطفل ، والطريقة التى تطورت بهـــا الحالة ، وتحديد البرنامج العلاجى الذى يناسب كل هذه الظروف.

الأساليب العلاجية لحالات اللجلجة

يوجد من المداخل العلاجية لاضطراب اللجلجة بقدر ما يوجـــد من نظريات فى تفسير هذا الاضطراب رغم هذا التباين الواســـع فـــى الأساليب العلاجية ، فإن معظم برامج العلاج توجـــه نحـــو الحـــالات المتقدمة عند المراهقين والراشدين الذين تكـــون قـــد تطـــورت لـــديهم أعراض ثانوية واضحة ومشاعر سلبية قوية تجاه الحالـــة. لـــذا فـــإن البرامج العلاجية (كما أوضح وليامز ١٩٧١) لا تستخدم دون تمييز مع الأطفال الصغار فى المراحل النمائية المبكرة من اللجلجة.

ولا يزال عدد كبير من أخصائى علاج عيوب النطق والكـــلام يتفقون مع الفكرة التى نادى بها (ويندل جونسون) منذ سنوات ومؤداها أن تخفيف حالة الخوف والمحاولات المبذولة لتجنب اللجلجة يساعد على تجنب ما يطلق عليه سلوك الصراع الذى يعتبر أحد المكونات الهامـــة لسلوك اللجلجة (جونسون ١٩٦٧). وتقوم الطريقة التى اقترحها علـــى

أساس أن تدريب الطفل على الحديث عن سلوك اللجلجة بطريقة موضوعية ووصفية أكثر من تناولها بطريقة تقييمية وانفعالية يعتبر عملا له دلالته وأهميته في تخفيض مخاوف الطفل.

وفي أسلوب علاجي آخر يوصي كل من (لوبر وملدر) باستخدام الأهداف والأساليب المبنية على المراحل النمائية لحالة اللجلجة عند الطفل وهي:

المرحلة الأولى: اللجلجة المبتدئة:

تحتاج هذه المرحلة إلى أساليب وقائية بيئية غير مباشرة تشتمل على إرشاد للوالدين أكثر مما تحتوى على علاج إكلينيكي للطفل. يهدف البرنامج في هذه المرحلة المبتدئة إلى مساعدة الوالدين على إدراك وتفهم الأشكال العادية لعدم طلاقة النطق عند الأطفال ، والطرق التي تتطور بها حالة اللجلجة ، وتشجيع الوالدين على تقبل الجهود التي يبذلها الطفل في الكلام ، والاستجابة لمثل هذه الجهود بطريقة إيجابية ، وتحسين العلاقات بين الطفل والوالدين ، وتغيير الظروف البيئية بقصد التقليل من الضغوط المفروضة على الطفل للكلام بطريقة عادية ، جميع هذه الجهود تعتبر أهدافا هامة في العمل الإرشادي مع الوالدين في هذه المرحلة المبكرة من اضطراب اللجلجة عند الطفل.

المرحلة الثانية : اللجلجة الانتقالية التحولية:

فى هذه المرحلة يوصى كل من لوبر وملدر بتنفيذ برنامج إرشادي مع الوالدين ، جنبا إلى جنب مع الاتصال المباشر بالطفل. فى هذه المرحلة يفضل استخدام أساليب العلاج غير المباشرة نسبيا والتى تتم من خلال اللعب. التأكيد الأساسي فى هذه المرحلة يتركز حول توفير خبرات فى الكلام تتميز بالإيجابية وتجلب المتعة للطفل وتعلمه التغلب على معوقات النطق الراهنة والتدريب على تجاهل هذه المعوقات فى المستقبل.

المرحلة الثالثة : اللجلجة الثابتة :

تستدعى هذه المرحلة أسلوبا علاجيا مباشرا يهدف إلى تحسين طرق مواجهة الطفل للحظات التى تحدث فيها اللجلجة ، والتقليل من اللزمات الثانوية المصاحبة لها. الأطفال فى هذه المرحلة من اللجلجة يكونون على درجة عالية من الوعى والإدراك بالمشكلة ، وكثيرا ما يستخدمون طرقا غير متكيفة للهروب من مواقف عدم طلاقة النطق. توجه أنشطة العلاج فى هذه المرحلة أيضا نحو تقليل درجة حساسية الأطفال للطريقة التى يبدون عليها أمام الآخرين. يظل الهدف العام من العلاج فى هذه المرحلة هو تسهيل النطق.

المرحلة الرابعة : اللجلجة المتقدمة :

الحالات التى تصل إلى هذه المرحلة المتقدمة من الاضطراب يكون أصحابها عادة من المراهقين. بالنسبة لهذه الفئة يوجه الجانب الأكبر من الاهتمام إلى تشجيع الاتجاهات الإيجابية ، ومواجهة المخاوف والاستجابات الانفعالية السلبية ، وتقليل حدة الصراع الذى يشعر به المراهق فى محاولاته لتجنب اللجلجة. توجد أساليب متعددة أيضا لتعديل الإستجابات الظاهرة لاضطراب اللجلجة.

ويستند العلاج الذى طوره "فان ربر" ١٩٧١ على أربع مراحل تسير على النحو التالى :

١ – مرحلة التعرف والتمييز ، وفيها يقوم الشخص الذى يعانى من الاضطراب بالتعرف على سلوكه الذاتى كما يحلل هذا السلوك.

٢ – مرحلة تخفيف الحساسية ، الهدف فى هذه المرحلة هو تقليل الاستجابات السلبية من جانب المتلجلج تجاه سلوكه الشخص فى مواقف اللجلجة.

٣ – مرحلة تعديل السلوك ، الغاية من هذه المرحلة تقليل الصراع وسلوك الأحجام عن الكلام ، وتحقيق درجة من اللجلجة تتسم بقدر اكبر من الطلاقة ، وتكون اقل شذوذا.

٤ – مرحلة تثبيت السلوك ، يهدف العمل العلاجى فى هذه المرحلة إلى تعويد الطفل على طريقة للكلام أكثر طلاقة بشكل واضح.

هذا وقد طبقت مبادئ نظريات التعلم وأساليب تعديل السلوك فى عدد من البرامج العلاجية الأخرى (بيركنز ١٩٧٣). من أمثلة هذه البرامج تلك التى تعتمد على ما يطلق عليه التغذية المرتدة السمعية. فى هذا الأسلوب العلاجى يستمع المتكلم إلى حديثه الذى يكون قد سبق تسجيله ثم تعاد أذاعته مع شئ من التأخير الطفيف أثناء الكلام. يستخدم هذا الأسلوب بهدف تكوين نمط من الكلام وأن كان بطيئا إلى حد ما إلا أنه أكثر طلاقة. بعدئذ يتم تشكيل هذا النمط فى معدلات عادية للكلام. ويلى ذلك تعميم هذا النمط فى مواقف أخرى بعيدة عن الموقف العلاجى.

بوجه عام ، يكون التركيز فى أساليب تعديل السلوك على مظاهر السلوك الكلامى وغير الكلامى عند الفرد ، أكثر من الاهتمام بالاتجاهات والمشاعر التى تقف وراء هذه المظاهر السلوكية. أن بعض التوصيات التى قد تكون معينة لمدرس الفصل فى علاج عيوب النطق تتضمن توفير خبرات إيجابية من الكلام ، وتجنب الضغوط على الطفل لا ضرورة لها ، وتجنب الاستهزاء من جانب.

اضطراب النطق

يعتبر ميكانيزم النطق جزءا من جهاز الكلام ، وأي جزء من هذا الميكانيزم معرض للإصابة بنوع من الانحراف التكوينى ، أو الانحراف فى الأداء الوظيفى. كما هو واضح من الشكل التالى فإن الأعضاء الصوتية عند الإنسان تتضمن ما يلى : ــ

١. الجهاز التنفسى الذى يساعد على إنتاج الأصوات وتشكليها وتوجيهها من خلال تجويفات متعددة لصدى الصوت
٢. حبلان صوتيان فى الحنجرة يتذبذبان لنطق الأصوات.
٣. الميكانزم السمعى الذى يقوم بالتمييز بين الأصوات
٤. المخ والجهاز العصبى السليم.
٥. جهاز البلع ويشمل اللسان والبلعوم.
٦. الجهاز الفمى ويشمل اللسان والشفاة والأسنان وسقف الحلق الصلب والسقف الرخو والفك وهى تستخدم فى تشكيل الأصوات الخارجة من الحنجرة وتعديل هذه الأصوات

من ناحية أخرى ، فإن الأداء الوظيفى الخاطئ فى أى من الأجزاء السابقة قد يسبب اضطرابا فى النطق. ففى الجهاز الفمى وحده ــ على سبيل المثال ــ توجد أجزاء كثيرة لا بد وأن تؤدى وظائفها بشكل ملائم من اجل النطق الصحيح. لكن يجب إلا يغيب عن أذهاننا أن

كثيرا من الأشخاص الذين ربما تكون لديهم عيوب فى ترتيب الأسنان أو فى تطابقها ، أو لديهم أسنان ناقصة ، أو تكوين شاذ فى اللسان ، أو أن يكون سقف الحلق ضيق ومرتفع ، وأشكال أخرى عديدة من الأخطاء التكوينية ، إلا أنهم مع ذلك يتمتعون بأشكال صحيحة من النطق. حتى مع وجود هذه الانحرافات فإن عملية التكيف قد تكون ممكنة دون جهد خاص بالنسبة لعدد من الأشخاص ، فى حين يكون هذا التكيف بالغ الصعوبة بالنسبة لآخرين. كثيرا ما توجد عيوب فى النطق دون وجود أى قصور تكويني واضح. مثل هذه الإضطرابات ، ذات الأصل الوظيفى ، ترجع إلى عوامل مختلفة من بينها أل الثبوت على الأشكال الطفلية من الكلام ، والمشكلات الانفعالية ، والبطء فى النضوج، وغير ذلك من العوامل. فى بعض الحالات قد لا يستطيع أخصائى التشخيص أن يضع يده على شكل معين من سوء التوافق أو نقص الخبرة أو التخلف كأسباب لاضطرابات النطق. كل ما يستطيع الأخصائى عمله فى مثل هذه الحالات هو علاج أعراض الاضطراب بشكل مباشر.

نماذج من بعض اضطرابات النطق واللغة

يمكن أن تظهر اضطرابات النطق واللغة عند الأفراد من جميع الأعمار ، وقد تتراوح هذه الاضطرابات فى حدتها من اضطرابات

خفيفة إلى اضطرابات بالغة الحدة ، كما أن الآثار والنتائج المترتبة على هذه الاضطرابات تتراوح من آثار طفيفة إلى آثار مدمرة. علاوة على ذلك ، فإن اضطرابات النطق واللغة يمكن أن توجد كمظهر فريد عند الشخص ، وقد تكون جزءا من صورة معقدة من الإعاقات المتعددة كذلك يمكن أن تكون هذه الاضطرابات وقتية ولا تستمر طويلا ، كما أنها يمكن أن تبقى مع الفرد مدى الحياة.

لعلك قد التقيت فى وقت من الأوقات بشخص يعانى من شكل أو آخر من أشكال اضطرابات التواصل.

فقد تلتقى يوماً ما بطفل يبلغ الثامنة من عمره ، تختلط عنده الأصوات بعضها ببعض فينطق ثيد بدلا من سيد.

أو انك تكون قد التقيت يوما بالمراهق الذى يتكلم بصوت متهدج حشن.

أو أن تكون قد التقيت بذلك الطالب الجامعى الذى يصارع مع كل كلمة يحاول النطق بها ، وكل جهد يبذله للكلام يكون مصحوبا باهتزاز فى الرأس.

أو ربما تكون قد رأيت طفلا يبلغ العاشرة من العمر مصابا بشق فى الحلق مما يجعل طريقة نطقه تتميز وكأن، الأصوات تخرج من الأنف.

أو تكون قد التقيت بالطفل الذى كان قد أصيب بالشلل المخى مما حتم عليه الاعتماد على التواصل اليدوى ، نظرا لأنه لا يملك وسيلة للاتصال من خلال النطق.

أو انك تكون قد رأيت طفلا فى الرابعة من عمره ولا يمتلك سوى ثروة لفظية محدودة مما جعله يتحدث بمقاطع قصيرة من كلمتين أو ثلاث.

أو ربما انك قد شهدت تلك السيدة العجوز التى بدأت قدراتها السمعية فى التدهور وأصبح نطقها لأصوات الكلام مشوها.

أو ربما قد عرفت ذلك الرجل الذى أزيلت حنجرته نظرا لإصابته بمرض خبيث مما اضطره لان يتكلم بطريقة خاصة يطلق عليها نطق المرئ. أو ربما انك قد التقيت بأشكال أخرى مختلفة من النطق المضطرب.

جميع هؤلاء الأفراد وأمثالهم يعانون من اضطرابات التواصل من نوع أو آخر ، وبدرجات متفاوتة من الحدة. على أن الغالبية العظمى من الحالات السابقة قابلة للعلاج ، وغالبا ما يكون ممكنا تحسين مهارات التواصل عند هؤلاء الأفراد أن لم يكن علاجها تماما.

وتقع مسؤولية تقييم اضطرابات النطق واللغة ، وعلاج هذه الاضطرابات على أخصائى علاج عيوب النطق بالدرجة الأولى. لكن

نظرا لان هذه الاضطرابات لا تقوم فى فراغ ، فإن أخـصائى عـلاج عيوب النطق ليس هو الأخصائى المهنى الوحيد فى الفريق المتخصص الذى توكل إليه مهمة رعاية هؤلاء الأفراد علاوة على أخصائى عيوب النطق ، يحتاج هذا العمل إلى الجهود المنـسقة لأخـصائيين مختلفـين آخرين ربما كان من بينهم: المربـون ، والأخـصائيون النفـسيون ، والأطباء وأخصائيو التأهيل المهنى وغيرهم. ولما كان التواصل عـن طريق النطق بالألفاظ بالغ الحيوية للأداء الوظيفى للكائنات البـشرية ، يصبح من الأمور بالغة الأهمية ضرورة أن تكتشف اضطرابات النطق واللغة فى وقت مبكر ، وأن يبدأ تنفيذ برامج علاجية ملائمة.

النمط العادى لنمو الكلام:

بطبيعة الحال ، يحتاج المرء لان يفهم النمط العادى لنمو الكلام قبل أن يكون باستطاعته تقرير ما إذا كان طفل ما يحقق تقدما عاديا فى نمو الكلام ، وانه ينطق بالطريقة المقبولة المتوقعة من الأطفال فى مثل سنة ، أم أن هذا الطفل يعانى من اضطراب واضح فـى النطـق إلـى درجة يحتاج معها إلى نوع من العناية الخاصة. كما هو الحال فى جميع مظاهر السلوك الإنسانى ، فإن الكلام ظاهرة نمائية تتوقف على العمـر الزمنى للفرد ، كما تتأثر بدرجة النضوج الجسمى والعقلى والاجتماعى والنفسى. يكتمل نمو الكلام عادة فى حوالى سن السابعة أو الثامنة ، أى

الوقت الذى يكون معظم الأطفال عادة قد اكتسبوا مستويات الكلام عند الراشدين.

الجدول التالى يلخص المراحل المختلفة للنط العادى لنمو الكلام، كما يوضح أهم المعالم البارزة فى هذا النمو. على الرغم من أن الأعمار المقابلة للمهارات المختلفة التى تظهر فى الجدول تختلف قليلا فيما بين العلماء والباحثين ، فإننا نحاول تمييز الاتجاهات النمائية العامة فى هذا المظهر من مظاهر النمو.

جدول رقم ٤

يوضح النمط العادى لنمو الكلام

مدى السن	أهم الخصائص المميزة للكلام
من الميلاد ــ ٣ شهور	صرخة البلاد ــ صراخ غير متمايز ثم صراخ متمايز ــ أصوات عشوائية
من ٤ ــ ٦ شهور	أصوات شبيهة بالكلام ، يغلب عليها الأصوات قريبة الشبه بالحروف المتحركة مرحلة الثرثرة
من ٦ ــ ٩ شهور	استخدام الأصوات بشكل إسقاطي للتعامل مع الآخرين مرحلة المناغاة
من ٩ ــ ١١ شهرا	تباين أوسع فى الأصوات الشبيهة بالكلام مرحلة المصادفة

مدى السن	أهم الخصائص المميزة للكلام
١٢ شهرا	نطق الكلمات الحقيقية الأولى
١٨ شهرا	نطق جمل تتكون من كلمة أو كلمتين ـ الوطن المتكرر ـ تباين أوسع فى أصوات الكلام
٢ سنة	تقل الرطانة ـ استخدام أكثر للكلمات الحقيقية ـ زيادة الدقة فى إصدار أصوات الكلام
٣ سنوات	نطق مفهوم ولكن غير منسق ـ أخطاء فى نطق كثير من الحروف الساكنة وتشكيلها ـ نطق الحروف المتحركة يكون غالبا صحيحا ـ نغمة الصوت تكون مرتفعة وغير مضبوطة ـ قد يغلب على الصوت طابع الجمجمة ـ كثيرا ما يحتوى الكلام على تكرار الكلمات مما يجعله يتميز بعدم الطلاقة
٤ ـ ٥ سنوات	زيادة الدقة فى نطق الحروف الساكنة
٦ ـ ٨ سنوات	يصل الطفل إلى مستويات النطق والتشكيل عند الكبار يختفى التكرار وعدم الطلاقة ـ يتميز الكلام بالطلاقة إلى حد ما

(حلمى المليجى ، ١٩٨٣ ، ص١٧٠)

يمكن النظر إلى المرحلة المبدئية لنمو الكلام على أنها تبدأ مع الصرخة الأولى التى تصاحب ميلاد الطفل ، وذلك أن هذه الصرخة تمثل بداية استخدام الوليد لأعضاء جهاز الكلام. يتقدم الأطفال من هذه النقطة خلال مراحل مختلفة يتعلمون فيها إصدار الأصوات المطلوبة للكلام ، ويحاولون استكشاف العالم من حولهم من خلال الأصوات. تتمثل المراحل الثلاث الهامة خلال السنة الأولى من حياة الطفل فى المراحل التالية:

أ ـ مرحلة المناغاة ، وتتميز باستخدام الأصوات التى تشعر الطفل بالسعادة ، والتى يأخذ الطفل فيها بزمام المبادلة فى إصدار بعض الأصوات التى تشبه الكلام.

ب ـ مرحلة المناغاة ، وتتميز بإحساس الطفل بالسرور والسعادة من خلال تكراره لبعض الأصوات ومقاطع النسمات.

ج ـ مرحلة المضاهاة ، وتتميز بتقليد تتابع الأصوات التى يصدرها الآخرون بغض النظر عن المعنى. خلال هذه المرحلة يعتقد كثير من الآباء والأمهات ممن يتميزون بالقلق الزائد تجاه أبنائهم بأن الطفل بدا الكلام. الحقيقة أن الأصوات التى يخرجها الطفل فى هذه المرحلة تخلو من أى معنى.

يتميز كلام الأطفال خلال الستة الثانية بقدر كبير من الرطانة التى توصف بأنها أنماط من مقاطع صوتية غير ذات معنى تعكس

الأنماط الإيقاعية لكلام الكبار. ومن ثم نسمع الأطفال فى هـذه الـسن يصدرون أصواتاً تبدو وكأنهم يتحدثون أو يتساءلون مع اللعـب التـى يلعبون بها ، إلا أن ما يصدر عنهم لا يتعدى كونه رطانة ، أو أصوات مبهمة.

أوضحت الدراسات الكلاسيكية لنمو مهارات الكلام واللغة عنـد الأطفال أن الدقة فى إصدار الأصوات التى يتضمنها الكلام تزداد بتقدم السن حتى يصل الأطفال إلى تحقيق النـضوج فـى نطـق الحـروف وتشكيلها فى حوالى سن الثامنة تمبلن ١٩٥٧ ، على أن الإناث يتقدمن الذكور فى هذا المجال بحوالى سنة. على الرغم من أن أطـوار نمـو الكلام عند الأطفال كأفراد يمكن أن تختلف بشكل واضح من طفل إلـى آخر — فإن الدراسات أظهرت بعض الاتجاهات النمائية الهامة فى هذا المجال.

أنواع اضطرابات الكلام وخصائصها المميزة

أولا : عيوب النطق

يعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة فى إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة. يمكن أن تحدث عيوب النطق فى الحروف المتحركة أو فى الحروف الساكنة — أو فى مجموعات من الحروف الساكنة. كذلك ، يمكن أن يشمل الاضطراب

بعض الأصوات أو جميع الأصوات ، فى أى موضع من الكلمة. وتعتبر عيوب النطق حتى الان أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعا ، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التى يمكن أن نواجهها فى الفصول الدراسية أو فى المراكز العلاجية.

أنواع عيوب النطق

يمكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية من عيوب النطق هى : الحذف والإبدال والتحريف. ويوجد أيضا نوع رابع من هذه الاضطرابات يميزه بعض الأخصائيين والباحثين عن الاضطرابات الأخرى ويطلقون عليه اضطراب الإضافة. فيما يلى نتناول هذه الأنواع الأربعة من عيوب النطق بشئ من التفصيل والإيضاح.

١ – الحذف

فى هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل ما من الأصوات التى تتضمنها الكلمة ، ومن ثم ينطق جزءا من الكلمة فقط. قد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل فى هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم. تميل عيوب الحذف لان تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعا مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سنا. كذلك تميل هذه العيوب إلى الظهور فى نطق الحروف الساكنة التى تقع

فى نهاية الكلمة أكثر مما تظهر فى الحروف الساكنة فى بداية الكلمة أو فى وسطها (كاريل ١٩٦٨).

٢ – الإبدال

توجد أخطاء الإبدال فى النطق عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه على سبيل المثال ، قد يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و). مرة أخرى تبدو عيوب الإبدال أكثر شيوعا فى كلام الأطفال صغار السن من الأطفال الأكبر سنا. هذا النوع من اضطراب النطق يؤدى إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.

٣ – التحريف

توجد أخطاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة ، إلا أن الصوت الجديد يظل قريبا من الصوت المرغوب فيه. الأصوات المحرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعروفة فى اللغة ، لذلك لا تصنف من جانب معظم الإكلينيكيين على أنها عيوب إبدالية. على سبيل المثال ، قد يصدر الصوت بشكل خافت نظرا لان الهواء يأتى من المكان غير الصحيح ، أو لان اللسان لا يكون فى الموضع الصحيح أثناء النطق. ويبدو أن عيوب تحريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

٤ – الإضافة

توجد عيوب الإضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح. يعتبر هذا العيب – على أى حال – أقل عيوب النطق انتشاراً.

خلال مراحل النمو العادى للكلام واكتساب مهارات النطق ، يقوم الأطفال عادة بحذف أو إبدال أو تحريف الأصوات اللازمة للكلام. يلاحظ أن أخطاء الإبدال هى أكثر العيوب شيوعا من بين عيوب النطق النمائية (تمبلين ١٩٥٧). وعلى ذلك ، ليس من المستغرب أن يخطئ طفل الرابعة من العمر فى نطق بعض الحروف مثل حرف (ث) أو حرف (ر). لكن لو أن طفلا يبلغ السابعة من عمره اخطأ فى نطق بعض الحروف مثل حرف (ب) أو حرف (ك) فمما لا شك فيه أن هذا الطفل يعانى من صعوبة من صعوبات النطق.

يمكن أن يحدث أى نوع من الأنواع الأربعة من عيوب النطق التى سبقت الإشارة إليها بأى درجة من التكرار ، وبأى نمط من الأنماط. وكذلك يمكن أن يتضمن كلام الطفل عيبا واحدا من عيوب النطق ، أو قد يتضمن مجموعة من هذه العيوب. أيضا فإن عيوب النطق عند الأطفال كثيرا ما تكون غير ثابتة وتتغير من مرحلة من مراحل النمو إلى مرحلة أخرى. علاوة على كل ذلك ، فإن الطفل قد

ينطق الصوت الواحد صحيحا فى بعض الأوقات أو المواقف ، لكنه يحذف أو يبدل أو يحرف نفس الصوت فى أوقات أو مواقف أخرى.

من الأمور البالغة الأهمية بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي في عيوب النطق أن يحدد ما إذا كان خطأ ما من أخطاء النطق يعتبر عيبا حقيقا من عيوب النطق ، أم أنه خطأ من الأخطاء اللغوية. ترجع أهمية هذا التمييز إلى أن أهداف العملية العلاجية وأساليبها تختلف تماما بالنسبة للحالتين.

تشخيص عيوب النطق

تتراوح عيوب النطق من عيوب خفيفة إلى عيوب حادة. في الحالات التي تكون فيها عيوب النطق من النوع الحاد يصعب فهم كلام الطفل من ناحية ، ومن الناحية الأخرى ، يعانى الطفل معاناة شديدة عندما يحاول التعبير عن أفكاره أو حاجاته الخاصة فى المحيط الأسرى أو المدرسى أو فى علاقاته مع الزملاء. إلا أن مدى الإعاقة فى وضوح كلام الطفل ليست العامل الوحيد الذى يؤثر فى الحكم على درجة حدة الاضطراب. فالعمر الزمنى للطفل بلا شك يعتبر عاملا هاما وخاصة فى ضوء الطبيعة النمائية للنطق والكلام التى سبقت الإشارة إليها. عندما يخطئ الطفل البالغ السابعة من عمره فى نطق أصوات الكلام النمائية المبكرة ، فانه يعانى من اضطراب اثر حدة من طفل آخر من نفس سنة ، لكنه لا يخطئ إلا فى نطق الأصوات النمائية المتأخرة فقط.

كذلك فإن عيوب النطق الثابتة والراسخة عند الطفل الأكبر سنا، عادة ما تكون أكثر حدة وأكثر صعوبة فى العلاج من الأخطاء غير الراسخة عند طفل آخر اصغر سنا. بوجه عام ، يمكن القول بأن الأخطاء الثابتة اقل قابلية للعلاج من الأخطاء الطارئة أو الوقتية.

من ناحية أخرى ، فإن عدد عيوب النطق وأنواع هذه العيوب عامل مؤثر أيضا فى تحديد درجة حدة الاضطراب ، مع مراعاة أن عيوب الحذف تعتبر على مستوى طفلى أكثر من عيوب الإبدال أو التحريف. كذلك ، فإن العيوب التى تتضمن أصواتاً تتكرر كثيرا فى اللغة ، تكون ملحوظة بدرجة اكبر ، كما أنها تنعكس على وضوح الكلام ، بدرجة اكبر من الأخطاء التى تتضمن الأصوات النادرة أو قليلة التكرار فى اللغة. وعندما يكون الطفل قادرا على تصحيح عيوب النطق إذا ما توفرت الاستثارة السمعية والبصرية اللازمة ، يعتبر ذلك عادة دلالة علاجية جيدة على أن الطفل سوف يكون قادرا على تعلم إصدار الأصوات الصحيحة اللازمة للكلام. أما الأصوات الخاطئة التى لا تكون قابلة للاستثارة أى عيوب النطق التى تستمر عند الطفل حتى مع توفير الاستثارة الإضافية والدلالات التى يقدمها المعالج يصعب فى العادة تدريب الطفل على تصحيحها.

العوامل المسببة لاضطرابات النطق:

فى كثير من الحالات يكون من الصعب – أن لم يكن من المستحيل تحديد السبب أو الأسباب المعينة لاضطرابات النطق. بعض الظروف العضوية والجسمية المعينة مثل: فقدان السمع ، وانحرافات التركيب الفمى كعيوب الأسنان وشد الحلق ، والعيوب العضلية والنيرولوجية فى أجهزة الكلام كالتلف العضلى أو الشلل الخى ، والتخلف العقلى ، غالبا ما تكون ذات اثر واضح على الكلام. سوف نتعرض لبعض هذه الأشكال من القصور مؤخرا فى هذا الفصل ، مع ملاحظة أن مشكلات النطق المرتبطة بالإعاقات السمعية ، والمشكلات المرتبطة بالتخلف العقلى تناقش فى الفصول الخاصة بها من هذا الكتاب.

فى الغالبية العظمة من الحالات لا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق مثل هذه الانحرافات العضوية الواضحة ، وتبدو عيوب النطق عند هؤلاء الأطفال مرتبطة بشكل ما من أشكال التعلم الخاطئ للكلام أثناء السنوات النمائية المبكرة. يطلق على هذا النوع من الاضطرابات عادة اضطراب النطق الوظيفى أى الاضطراب الذى لا يرجع إلى سبب أو أساس عضوى.

تضمنت محاولات تحديد الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية دراسة متغيرات مختلفة على مدى سنوات عديدة. يوضح

العرض الذى قدمه باورز (١٩٧١) للدراسات التى أجريت فى هذا المجال أن العوامل التالية لا ترتبط ارتباطا واضحا باضطرابات النطق، وأنها لا تصلح كعوامل فارقة بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق والأطفال الذين يتميز كلامهم بأنه عادى ، وهذه العوامل هى: المهارات الحركية العامة ، والتركيب الفمى (شكل سقف الحلق وحجم اللسان) ، والشخصية والتوافق ، والمستوى الاجتماعى والاقتصادى ، والذكاء. والإشارة إلى مستوى الذكاء هنا تتعلق بالأطفال الذين يقعون فى المدى العادى المتوسط وليس بالأطفال المتخلفين عقليا الذين يظهرون تخلفا فى جميع مظاهر النمو التى يعتبر مجال التواصل واحدا منها. بالنسبة للعلاقة بين عدم انتظام الأسنان وبين النطق ، تبدو نتائج البحوث غير ثابتة وغير منسقة ، إلا أن العلاقة يبدو أنها علاقة ضعيفة. من الملاحظ أن عددا كبيرا من الأفراد ممن لديهم انحرافات واضحة فى انتظام الأسنان يتمتعون بمهارات عادية فى النطق.

من نتائج البحوث العديدة التى اهتمت بدراسة علاقة التركيب الفمى بالنطق ، يتضح أن المهارات الحركية للفم تلك المتعلقة بالوجه التى يتضمنها إخراج الأصوات اللازمة للكلام بشكل مباشر ، يبدو أنها ترتبط بالنطق.

كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات فى النطق يختلفون عن الأطفال العاديين فى هذه المهارات الحركية. غير أن هناك ما يدعو إلى المزيد من الدراسات لتوضيح طبيعة هذه العلاقة.

كان أثر الأنماط المنحرفة من البلع على النطق والكلام موضع اهتمام كبير على مدى العقدين السابقين. أطلق الباحثون على هذه الأنماط مسميات مختلفة من بينها دفع اللسان و الابتلاع العكسى لتمييز أنماط الابتلاع التى تتصف بدفعة أمامية للسان ضد الأسنان الأمامية أو من بينها. ويعتبر عدد من الأخصائيين فى مجال علاج عيوب النطق وتقويم الأسنان أن دفع اللسان من العوامل المحددة للتطابق العادى للأسنان وإخراج أصوات الكلام. ويعتقد هؤلاء الأخصائيون أن الأطفال الذين يعانون من هذا العيب يجب تعليمهم الأنماط العادية للابتلاع حتى يمكن تصحيح اضطرابات النطق. يمثل هذه المجموعة من الأخصائيين (كاريل ١٩٦٨).

يعترض بعض الأخصائيين الآخرين على الرأي السابق ويقدمون دراسات تشير نتائجها إلى أن الأطفال ممن لديهم أنماط ابتلاع تتسم بدفع اللسان لا يعانون من عيوب النطق بأكثر مما يعانى غيرهم من الأطفال. يأتى فى مقدمة الأخصائيين الذين يؤمنون بهذا الرأي كل من (ماسون وبروفيت ١٩٧٤). استخلص هذان الباحثان أن الدلائل التى تقدمها البحوث لوجهة النظر القائلة بأن دفع اللسان يؤدى بشكل نمطى

إلى صعوبات فى النطق أدلة ضعيفة. يشير الباحثان إلى أن دفع اللسان ظاهرة نمائية عادية عند الأطفال حتى سن البلوغ ، وأن ما يقرب من ٨٠ % من الأطفال الذين يظل دفع اللسان لديهم حتى سن الثامنة ، يظهرون تحسنا فى النطق بدون علاج عندما يبلغون سن الثانية عشرة ، لذلك يعتقد كل من ماسون وبروفيت أن أساليب العلاج التى تضع التركيز على أنماط الابتلاع لا تناسب الأطفال قبل سن البلوغ حتى مع وجود عدم تطابق فى الأسنان. إذا كان دفع اللسان والتلعثم فى النطق موجودين عند طفل ما ، فإن هذا الطفل يحتاج إلى برنامج علاجى منتظم لعيوب النطق. بالنسبة للأطفال الأكبر سنا الذين يستمر معهم دفع اللسان وعدم انتظام الأسنان واضطرابات النطق تعتبر الجهود العلاجية المنسقة بين الأخصائيين فى تقويم الأسنان وعلاج الابتلاع وعلاج النطق ذات فائدة كبرى.

اهتمت بعض الدراسات الأخرى بالمهارات الإدراكية ـــ السمعية كأسباب رئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية. يبدو من نتائج الدراسات من هذا النوع أن مدى الذاكرة السمعية ليس عاملا ذو دلالة فى عيوب النطق (وينتز ١٩٦٩). لكن يبدو أن التمييز السمعى ـــ من ناحية أخرى ـــ يرتبط بوضوح بالنطق وخاصة عندما يكون الواجب المطلوب أداؤه يتضمن أحكاما تمييزية للأصوات ، أو يتضمن تمييزا لعيوب النطق عند الطفل نفسه وتعرفه عليها (جونسون وآخرون ١٩٦٧). على الرغم من

أن نتائج البحوث فى هذا المجال جاءت متضاربة إلى حد ما ، يمكن القول فى ضوء المعرفة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق الوظيفية يميلون لان تكون مهاراتهم فى تمييز الأصوات منخفضة.

من بين العوامل البيئية الهامة التى يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسين هما: أنماط كلام الآخرين التى يتعرض لها الطفل أثناء تعليم الكلام ، وكمية الاستثارة والدافعية التى يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام. لو أن كلام الأشخاص المهمين فى عالم الطفل ــ كالوالدين والأخوة والرفاق ــ يتضمن أخطاء فى النطق ، ففى هذه الحالة من المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة. فالأنماط الرديئة من النطق تؤدى عادة إلى مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال خاصة وهم فى طور النمو. بالمثل ، إذا كانت تنقص الطفل الاستثارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير طريقة جيدة للنطق ، فإن أنماط النطق عند الطفل تظل أنماطا طفلية.

باختصار ، يمكن القول أن أيا من الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية ــ التى سبقت مناقشتها ــ يمكن أن يكون ذا أثر سلبى على نمو النطق والكلام عند طفل معين. إلا أنه يجب إلا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادى للكلام عند الأطفال.

التعرف المبكر على اضطرابات التواصل ، وأهميته:

سوف نحاول فى هذا الجزء استعراض بعض الاعتبارات الرئيسية فى عمليات تشخيص اضطرابات النطق وأساليب قياسها ، مع تقديم نماذج للأساليب والممارسات السائدة فى الوقت الحاضر فى هذا المجال.

نبدأ أولا بالحديث عن تشخيص اضطرابات التواصل بشكل عام. سبق أن أكدنا أهمية التعرف المبكر على اضطرابات الكلام واللغة ، وضرورة أن يبدأ الطفل الذى يعانى من أحد هذه الاضطرابات أو بعضها فى الحصول على العلاج قبل أن يصل إلى سن المدرسة كلما كان ذلك ممكناً. عندما يوجد شك فى أن طفلا من الأطفال يعانى من اضطراب فى الكلام أو اللغة فإن الخطوة الأولى جاءت متضاربة إلى حد ما ، يمكن القول فى ضوء المعرفة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق الوظيفية يميلون لان تكون مهاراتهم فى تمييز الأصوات منخفضة.

من بين العوامل البيئية الهامة التى يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسين هما: أنماط كلام الآخرين التى يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام ، وكمية الاستثارة والدافعية التى يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام. لو أن كلام الأشخاص المهمين فى عالم الطفل ـــ كالوالدين والإخوة والرفاق ـــ يتضمن أخطاء فى النطق ، ففى هذه الحالة من

المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة. فالأنماط الرديئة من النطق تؤدى عادى إلى مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال خاصة وهم فى طور النمو. بالمثل ، إذا كانت تنقص الطفل الاستشارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير طريقة جيدة للنطق ، فإن أنماط النطـق عنـد الطفل تظل أنماطا طفلية.

باختصار ، يمكـن القـول أن أيـا مـن الأسـباب الرئيـسية لاضطرابات النطق الوظيفية ــ التى سبقت مناقشتها ــ يمكن أن يكون ذا أثر سلبى على نمو النطق والكلام عند طفل معين. إلا أنه يجـب إلا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادى للكلام عند الأطفال.

تتوفر فى الوقت الحاضـر أسـاليب مختلفـة للتعـرف علـى اضطرابات الكلام واللغة الشائعة بين الأطفـال فـى سـن المدرسـة. بالإضافة إلى إحالة الأطفال الذين يشتبه فى وجود اضطرابات لديهم إلى مراكز السمع أو مراكز علاج عيوب النطق سواء من جانب الآبـاء أو بواسطة أحد الأخصائيين مثل أخصائى السمع ، أو الطبيب ، أو طبيب الأسنان ، أو الأخصائى النفسى أو غيرهم ، توجد طريقتان تـستخدمان على نطاق واسع للتعرف على هذه الحالات فى إطار النظم المدرسـية العادية. أحد هذين الأسلوبين يتمثل فى الملاحظة الدقيقة والمـضبوطة التى يقوم بها المدرسون للأطفال الذين يبدو انهم يعانون من صـعوبات

فى التواصل. أما الأسلوب الآخر فيتضمن إجراء مسح شامل لمهارات الكلام واللغة عند جميع التلاميذ أو بعضهم فى وقت مبكر من العام الدراسى يقوم به الأخصائى الإكلينيكى فى عيوب النطق فى المدرسة أو من خارجها. فى كلتا هاتين الطريقتين يقوم الإكلينيكي فى عيوب النطق فى المدرسة أو من خارجها. فى كلتا هاتين الطريقتين يقوم الإكلينيكى فى عيوب النطق فى المدرسة أو من خارجها. فى كلتا هاتين الطريقتين يقوم الإكلينيكى المتخصص بفحص مهارات النطق عند كل طفل ، وكذلك مهارات الصوت والطلاقة ، والمهارات اللغوية بهدف تحديد ما إذا كانت توجد اضطرابات جوهرية فى هذه المهارات ، وما إذا كان هناك ما يدعو إلى إجراء فحوص أو قياسات تشخيصية إضافية. إذا كانت الحالة كذلك ، يجرى الأخصائى مقابلة مع الطفل بقصد إجراء القياس الإضافي فى محاولة لتحديد نوع الاضطراب ودرجة حدة هذا الاضطراب ، ومحاولة الوقوف على السبب أو الأسباب التى أدت إليه. بالإضافة إلى ذلك يضع الأخصائى التوصيات التى يراها مناسبة لكل حالة. مثل هذه التوصيات قد تتضمن علاجا لعيوب النطق أو اللغة بأسلوب فردى أو جماعى ، والتشاور مع المعلم فيما يتعلق بأفضل الأساليب للتعامل مع المشكلة فى إطار الفصل الدراسى ، أو إحالة الطفل إلى أخصائيين آخرين بغرض إجراء تقييم إضافي أكثر شمولا وتحديدا.

أثناء عملية التقييم التشخيصى قد يرغب الأخصائى الإكلينيكى فى الحصول على بيانات عن تاريخ الحالة يغطى المظاهر النمائية المختلفة عند الطفل. وربما يكون بحاجة إلى القيام بملاحظة الأداء اللفظى للطفل أو أداء الطفل بوجه عام. كذلك قد يرى الأخصائى أنه يحتاج إلى تطبيق اختبارات لقياس مهارات الكلام واللغة عند الطفل سوا كانت هذه الاختبارات من النوع الموضوعى المقنن ، أو من نوع الاختبارات الذاتية التى قام الأخصائى بتصميمها بنفسه. قد تتضمن عملية التقييم الشامل أيضا قياس بعض المهارات كحدة السمع ، والإدراك والأداء الحركى ــ البصرى والتركيب التكوينى للجهاز الفمى و الطريقة التى يعمل بها هذا الجهاز ، والمهارات الحركية العامة ، أو غير ذلك من المهارات ذات الصلة بالكلام واللغة.

بنهاية عملية التقييم يتم التوصل عادة إلى تشخيص مبدئى ، وفى هذه الحالة يمكن بدء برنامج علاجى ملائم مع الطفل. لا يفوتنا أن نذكر أن عملية التقييم لا تتوقف عند مجرد تشخيص الحالة ، وإنما تستمر جنبا إلى جنب مع مراحل تنفيذ البرنامج العلاجى. ربما كان السبب فى ذلك هو أن الطفل الذى يعانى من اضطراب فى التواصل يحتاج إلى إعادة تقييم بشكل مستمر على مدى البرنامج العلاجى مما يجعل بالإمكان إدخال التعديلات الضرورية لمواجهة الحاجات المتغيرة لهذا الطفل.

تشخيص إضطرابات النطق:

يتوفر الآن عدد من الاختبارات المنوعة التى تستخدم فى تقييم النطق ، كما يقوم كثير من الأخصائيين الإكلينيكيين بتصميم اختبارات ذاتية تهدف إلى تقييم بعض الحالات الخاصة من الاضطرابات. معظم اختبارات النطق تستخدم الصورة لتقييم إصدار الطفل التلقائى لكل حرف متحرك أو ساكن فى المواضع المختلفة من الكلمات. من خلال هذه المحاولة الاستكشافية للأصوات اللازمة للكلام عند الطفل ، يستطيع الأخصائى أن يحدد الأصوات التى تصدر من الطفل صحيحة ، والأصوات التى يخطئ فيها الطفل ، كما يستطيع أن يحدد نوع أو أنواع عيوب النطق. قد يحتاج الإكلينيكى المتخصص أيضا إلى تقييم مدى قابلية عيوب النطق.قد يحتاج الإكلينيكى المتخصص أيضا إلى تقييم مدى قابلية عيوب النطق للاستشارة بأن يطلب من الطفل أن يحاول إخراج الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة ، بعد أن يكون قدم له دلالات حسية مختلفة سمعية وبصرية ولمسية. بعد إجراء التقييم لنطق الطفل ومدى وضوح الكلام عند التحدث ، يمكن تقدير درجة ثبات أخطاء النطق ورسوخ هذه الأخطاء عند الطفل .

باستخدام جميع المعلومات المتوفرة لدى الأخصائى فى علاج عيوب النطق ، جنبا إلى جنب مع البيانات المستمدة من نتائج عملية التقييم ، يكون قادرا على أن يخطط برنامجا علاجيا مناسبا للحالة.

الأساليب العلاجية لعيوب النطق :.

بطبيعة الحال ، الهدف العام من علاج عيوب النطق هو تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة. ليست هناك طريقة واحدة لتحقيق هذا الهدف ، بل ربما يوجد من الطرق المختلفة بعدد الأخصائيين فى علاج عيوب النطق. ذلك لان لكل أخصائى فى هذا المجال مدخله العلاجى الخاص به. بغض النظر عن المدخل العلاجى المعين ، والطرق والأنشطة التى يقع عليها الاختيار ، فإن العملية العلاجية تتضمن تدريب الطفل على التعرف على العيوب وتمييزها ، والتدريب على إخراج الأصوات الصحيحة ، واستخدام الأصوات التى يتم تصحيحها فى جميع المواقف التى تتضمن الكلام.

يتكون برنامج التدريب عادة من جلسات علاجية ، قد تكون فردية أو جماعية ، أو تجمع بين الطريقتين مع أحد أخصائى عيوب النطق. هذا ــ بطبيعة الحال ــ لا يمنع مدرس الفصل العادى من أن يتعامل مع بعض الحالات البسيطة داخل الفصل على أن يتوفر وجود الأخصائى للقيام بالدور الاستشارى بصفة أساسية. بالإضافة إلى تكوين عادات النطق الصحيح ، يتضمن العمل العلاجى أيضاً ــ فى الحالات الممكنة والضرورية ، تصحيح أى عوامل لم يتم اكتشافها أثناء التقييم ، واكتشاف الجوانب التى يمكن أن تكون قد ساهمت فى وجود اضطراب النطق. ومن أمثلة هذه العوامل العناية الطبية بالالتهابات التى تصيب

الأذن الوسطى والتى قد تسبب الفقدان الجزئى للسمع ، وهو من العوامل المحددة للنطق والكلام ، أو إجراء علاج جراحى لأحد العيوب التكوينية فى الحلق ، أو علاج نفسى لتحسين مفهوم الذات أو بهدف التغلب على بعض الاضطرابات الانفعالية.

عادة يبدأ الأخصائى الإكلينيكى عمله العلاجى بتدريب الطفل على صوت واحد فقط ولا ينتقل إلى صوت آخر إلا بعد أن يتأكد من أن الطفل قد بدا يستخدم الصوت الذى تدرب عليه فى الكلمات والجمل. إلا أن عدد الأصوات التى يمكن تدريب الطفل عليها فى الوقت الواحد يتوقف على الطفل نفسه وعلى مدى استعداده للتدريب وقابليته للعلاج.

تستخدم المواد التى تناسب سن الطفل كاللعب والصور والقصص والمواد المسجلة أثناء الأنشطة العلاجية بهدف زيادة الدافعية عند الطفل. يعتبر النجاح فى كل مستوى من مستويات التدريب ضروريا قبل التقدم إلى المستوى الأعلى.

على الرغم من أن الخطوات العامة للتدريب ـ السابق وصفها ـ قد تبدو بسيطة ، إلا أنها غالبا ما تتطلب وقتا طويلا وجهدا شاقا حتى يكتسب الطفل الاستجابة المرغوب فيها ويتعود عليها. يستطيع القارئ أن يقدر مدى صعوبة هذا العمل إذا ما قارنه بمحاولة تعلم لغة أجنبية لا تشتمل على الأصوات التى تتضمنها لغته الوطنية ، أو عندما يحاول

القارئ أن يتكلم لمدة خمس دقائق وفى نفس الوقت يدق على منضدة أمامه فى كل مرة ينطق فيها حرفا معينا حرف س مثلاً.

على الرغم من أن المبادئ الرئيسية للتعلم مثل التقليد والممارسة والدافعية والإثابة يمكن ــ بل ويجب ــ أن توضع فى الاعتبار بغض النظر عن الأسلوب العلاجى الخاص الذى يقع عليه الاختيار ، فإن بعض الأخصائيين يؤمنون بتطبيق أساليب تعديل السلوك بشكل خاص فى علاج عيوب النطق. هذا النموذج العلاجى يضع تأكيدا واهتماما خاصا على المبادئ التالية:

١. اختيار هدف محدد لعملية التعديل على سبيل المثال صوت حرف ر.
٢. تحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل بدء العلاج.
٣. استدعاء أو استثارة السلوك أى النطق الصحيح
٤. توفير مواقف تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة وتقليل ظهور الاستجابة الخاطئة
٥. توفير فرص لتعميم الاستجابة الصحيحة فى مواقف تخرج عن نطاق الجلسات العلاجية.

بوجه عام ، يعتبر الاحتفاظ بسجلات دقيقة لاستجابات الطفل من الأمور بالغة الأهمية فى التخطيط للمراحل المتتابعة للعمل العلاجى ،

وفى تحديد الوقت الذى يكون فيه الطفل مهيئا للانتقال إلى المستويات الأعلى من الصعوبة.

يستطيع معلم الفصل أن يقدم عونا كبيرا فى تدعيم الأنشطة التى يقترحها الأخصائى الإكلينيكى. وتتضمن عملية التدعيم التى تتم داخل الفصل ما يأتى : ـ

١. أن يكون المدرس واعيا بالأصوات المعينة التى يتدرب الطفل عليها فى برنامجه العلاجى ، وأن يمتدح ويثيب الطفل عندما يصدر هذه الأصوات بطريقة صحيحة.
٢. تذكير الطفل بأن يستخدم الصوت أو الأصوات الجديدة أى الصحيحة أثناء دروس القراءة الجوهرية.
٣. مساعدة الطفل على أن يتعرف على الكلمات من خلال تدريبات الهجاء التى تحتوى على الأصوات التى يتدرب عليها فى البرنامج العلاجى ، وتوفير خبرة إضافية فى نطق هذه الأصوات.

يضاف إلى كل ذلك ، الأنشطة العامة لتحسين النطق والكلام. تشتمل هذه الأنشطة على التدريبات الصوتية ، ووصف طرق إخراج الأصوات المختلفة ، وتدريبات السمع لتمييز الأصوات فى بداية الكلمة أو فى نهايتها ، وجميعها أنشطة يمكن أن تكون ذات فائدة كبرى. فى

جميع الحالات يجب التأكد من أن الطفل الذى يعانى من أحد اضطرابات النطق لا يتعرض لاى نوع من السخرية أو الاستهزاء من جانب زملائه أو من جانب الآخرين بوجه عام.

ثانيا : . اضطرابات الصوت

تعتبر اضطرابات الصوت اقل شيوعا من عيوب النطق. رغم هذه الحقيقة ، فإن اضطرابات الصوت تظل تلقى الاهتمام نظرا لما لها من اثر على أساليب الاتصال الشخصى المتبادل بين الأفراد من ناحية ، ولما يترتب عليها من مشكلات فى التوافق – نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل – من ناحية أخرى.

لما كانت الأصوات تعكس خصائص فردية إلى حد بعيد ، لذا فإن التحديد الدقيق للمحكات المستخدمة فى تشخيص حالات الاضطرابات الصوتية من الأمور الصعبة والمعقدة. تتأثر الخصائص الصوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفرد ، وعمره الزمنى، وتكوينه الجسمى. كذلك ، فإن الأصوات عند الفرد الواحد تختلف باختلاف حالته المزاجية ، كما تتنوع بتنوع الأغراض من عملية التواصل. فى حين أن بعض الأصوات تتميز بأنها سارة ومريحة أكثر من غيرها ، فإن بعض الأصوات الأخرى يبدو أنها تجذب انتباه الآخرين إليها وتستشير من جانبهم أحكاما عليها بالانحراف والشذوذ.

هذه الخصائص الصوتية غير العادية أى الشاذة هى التى تدخل فى نطاق اضطرابات الصوت.

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها

توجد مجموعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت. هذا الخصائص الصوتية والاضطرابات المرتبطة بها كما يلى:

١ – طبقة الصوت

تشير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقى. يعتاد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد يكون شديد الارتفاع أو بالغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية أو تكويناتهم الجسمية. نجد أمثلة لذلك فى تلميذ المرحلة الثانوية الذى يتحدث بطبقة صوتية عالية أو طفلة الصف الأول الابتدائى التى يبدو صوتها كما لو كان صدرا من قاع بئر عميق. هذه الانحرافات فى طبقه الصوت لا تجذب انتباه الآخرين إليها فقط ، بل ربما ينتج عنها أيضا أضرار فى الميكانزم الصوتى الذى لا يستخدم فى هذه الحالة استخداماً مناسباً. تضم حالات اضطراب طبقة الصوت أيضا الفواصل فى الطبقة الصوتية التى تتمثل فى التغيرات السريعة غير المضبوطة فى طبقة الصوت أثناء الكلام ، والصوت المرتعش الاهتزازى

والصوت الرتيب أى الصوت الذى يسير على وتيرة واحدة فى جميع أشكال الكلام.

شدة الصوت

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة فى الصوت أثناء الحديث العادى. الأصوات يجب أن تكون على درجة كافية من الارتفاع من اجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر ، كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعا فى الارتفاع يتناسب مع المعانى التى يقصد المتحدث إليها. وعلى ذلك ، فإن الأصوات التى تتميز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شاذة فى الكلام ، أو قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقدان السمع أو بعض الإصابات النيرولوجية والعضلية فى الحنجرة.

نوعية الصوت

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التى لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت ، بمعنى آخر ، تلك الخصائص التى تعطى لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص. يميل البعض إلى مناقشة مشكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت ، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت والاضطرابات المرتبطة به منفصلا عن نوعية الصوت واضطراباته.

تعتبر الانحرافات فى نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع اضطرابات الصوت شيوعا. اختلفت المسميات والمصطلحات التى استخدمها أخصائيو عيوب الكلام لوصف وتمييز اضطرابات نوعية الصوت. ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت فى الصوت الهامس والصوت الخشن الغليظ وبحة الصوت .

يتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء ، وغالباً ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذى يكون مصحوبا فى بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت.

أما الصوت الغليظ الخشن ، فغالبا ما يكون صوتا غير سار ويكون عادة مرتفعا فى شدته ومنخفضا فى طبقته. إصدار الصوت فى هذه الحالات غالبا ما يكون فجائيا ومصحوبا بالتوتر الزائد.

ويوصف الصوت المبحوح عادة على أنه خليط من النوعين السابقين أى الهمس والخشونة معا. فى كثير من هذه الحالات يكون هذا الاضطراب عرضا من أعراض التهيج الذى يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد ، أو قد يكون عرضا من الأعراض المرضية فى الحنجرة. يميل الصوت الذى يتميز بالبحة لان يكون منخفضا فى الطبقة وصادرا من الثنيات الصوتية.

٤ - رنين الصوت

يشير الرنين إلى تعديل الصوت فى التجويف الفمى والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة ، ترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح الممرات الأنفية. عادة لا تتضمن اللغة سوى أصواتاً أنفية قليلة. فى المواقف العادية ينفصل التجويف الانفى عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية. فإذا لم يكن التجويف الانفى مغلقا ، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة أنفية أى كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف. تعتبر الخمخمة الخنف والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق فى سقف الحلق. تحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقا فى الوقت الذى كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحا لإخراج الحروف الأنفية.

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت

الأسباب العضوية وغير العضوية التى تؤدى إلى الاضطرابات الصوتية كثيرة ومتنوعة. من بين الظروف العضوية التى تتعلق بالحنجرة والتى يمكن أن تسبب اضطرابات الصوت : القرح والعدوى والشلل الذى يصيب الثنيات الصوتية ، والشذوذ الولادى فى تكوين الحنجرة. الأشخاص المصابون بشق فى سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة فى الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام ،

مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخمة الشديدة. كذلك فإن الفقدان الواضح للسمع الذى يؤثر على قدرة الطفل على تغيير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته ، يمكن أن يسبب أيضا اضطرابات فى الصوت. على أن الانحرافات الصوتية المؤقتة مثل وجود فواصل فى طبقة الصوت التى تصاحب تغير الصوت أثناء البلوغ وخاصة عند الذكور ، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج.

من ناحية أخرى ، يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية. لاحظ برون ١٩٧١ أن معظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت. يمكن أن يتخذ سوء استخدام الصوت أشكالا متعددة منها السرعة المفرطة فى الكلام ، أو الكلام بمستوى غير طبيعى من طبقة الصوت ، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية ، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد. هذه الأنماط الصوتية يمكن أن تؤدى إلى الاستخدام الزائد للميكانزم الصوتى. وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك ، فإن ذلك يسبب ضررا للحنجرة وقد يؤدى إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية. كذلك ، قد ترتبط اضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة فى التنفس.

تعتبر الاضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضا فى شكل اضطرابات فى الصوت. على أن

اضطرابات الصوت التى ترجع إلى أصل سيكولوجى يبدو أنها أكثر شيوعا عند الكبار منها عند الصغار.

خلاصة القول أن أى شئ يغيرا أو يعوق الأداء الوظيفى العادى والفعال لأجهزة التنفس ، وأجهزة الصوت يعتبر سببا من أسباب الاضطرابات الصوتية.

تشخيص حالات اضطرابات الصوت

لعل المناقشة السابقة للأنواع المختلفة من اضطرابات الصوت والأسباب المؤدية إليها تكون قد أوضحت للقارئ أن مدخل الفريق متعدد التخصصات فى عمليات التشخيص والعلاج يعتبر من الأمور الجوهرية. قبل البدء فى العمل العلاجى لا بد من إجراء الفحص الطبى كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشاف ما إذا كان يوجد خلل عضوى ، ومن ثم بدء العلاج الطبى أو الجراحى اللازم فى مثل هذه الحالة. أما عملية التقييم التى يقوم بها فريق الأخصائيين فأنها تتضمن ـ بوجه عام ـ أربعة مظاهر أساسية هى:

١. دراسة التاريخ التطورى لحالة الاضطراب فى الصوت.
٢. التحليل المنظم للصوت ، ويشمل تحليلا لأبعاد طبقة الصوت ، وارتفاعه ، ونوعيته ورنينه.
٣. فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكوينية والوظيفية.

٤. قياس بعض المتغيرات الأخرى عندما تكون هناك حاجة لـذلك مثل حدة السمع ، والحالة الصحية العامة والذكاء ، والمهارات الحركية ، والتوافق النفسى والانفعالي.

عند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجرى أخصائى أمراض الكلام تقييما للطفل فى أبعاد طبقة الصوت والارتفاع ، والنوعية ، والـرنين أثناء الكلام فى مواقف المحادثة العادية ، وأيضا مـن خـلال أنـشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم. كذلك يتم فحـص جهـاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثناء الأنشطة التى تتـضمن الكـلام ، والأنشطة التى لا تتضمن الكلام أيضا. يحـال الطفـل إلـى الجهـات المتخصصة الملائمة إذا بدا أنـه يعـانى مـن إضـطرابات أخـرى كالاضطرابات الحركية أو العقلية أو الانفعالية.

الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت

بغض النظر عن الأسباب الخاصة التى تكـون قـد أدت إلـى اضطراب الصوت ، يحتاج الأمر إلى فترة علاجية لمساعدة الطفل على تعلم استخدام الجهاز الصوتى بطريقة أكثر ملائمة ولتجنب أو تخفـيض أى استخدام سيئ لجهاز الكلام. بطبيعة الحال ، يصمم البرنامج العلاجى لطفل بعينه وللاضطراب الخاص فى الصوت ، وعلى ذلك فإن أيا من الطرق التالية يمكن أن تكون ملائمة لحالة من الحـالات ، ولا تكـون ملائمة لحالات أخرى.

الهدف العام من علاج الصوت هو تطوير عادات صوتية فعالة ومؤثرة.

يتمثل أحد المظاهر الرئيسية للعلاج فى التعليم أو إعادة التعليم الصوتى. يجب أن يفهم الطفل تماما ماهية اضطراب الصوت الذى يعانى منه ، وما الذى سببه ، وما يجب عمله لتخفيف حدة هذا الاضطراب. مما لا يحتاج إلى تأكيد ضرورة أن تتوفر لدى الطفل الدافعية الكافية لتغيير الصوت غير الملائم ، وأن تكون لديه الرغبة فى تعديل بعض العادات الراسخة. بدون ذلك يكون البرنامج العلاجى عرضه للفشل. أن الدور الذى يمكن للأخصائي الإكلينيكى أن يلعبه فى علاج اضطراب الصوت عند الطفل يعتبر ضئيلا مما يقتضى أن يعمل الطفل بتعاون ورغبة مع الأخصائى للتعرف على الصوت الجديد والتعود عليه. يترتب على ذلك أن الطفل يحتاج إلى قدر كبير من التشجيع والتدعيم من جانب الأخصائى المعالج ومن جانب الوالدين والمعلمين والزملاء طوال فترة برنامج التدريب على الأصوات.

رغم أن العمليات العلاجية الخاصة تختلف باختلاف الأخصائيين الإكلينيكيين وباختلاف الحالات ، يتضمن علاج الصوت عادة أربعة مظاهر أساسية تستحق الاهتمام. إذا كان واضحا أن اضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام ، يصبح أحد المظاهر الرئيسية للعلاج التعرف على مصادر سوء الاستخدام ، وتجنب هذه المصادر. ونظرا لان

الأخصائى الإكلينيكى لا يستطيع أن يعتمد اعتمادا مطلقا على التقارير اللفظية التى يقدمها الأطفال أنفسهم ، فإن من الأفكار الجيدة والمفيدة أن يقوم الأخصائى بملاحظة الطفل فى عدد من المواقف المنوعة بهدف تحديد الطريقة التى اعتاد عليها الطفل فى استخدام الأصوات. على أن التقارير المقدمة من الوالدين والمعلمين تعتبر ضرورية فى التعرف على العادات الصوتية عند الطفل.

بعد أن يتم التعرف على نوع اضطراب الصوت ، يجب مناقشة الأنواع المعينة من سوء الاستخدام وانعكاساتها على الكلام مع الطفل نفسه. بعدئذ يبدأ تخطيط الطرق التى يمكن من خلالها تخفيف الحالة أو تجنبها. يعتبر تفهم الطفل وتعاونه أمورا أساسية نظرا لان الأخصائى لا يمكن أن يتواجد مع الطفل فى كل لحظة وينبهه بصفة دائمة إلى العادات الصوتية السيئة ويطلب منه تصحيحها.

المظهر الثانى للبرنامج العلاجى لاضطرابات الصوت يتمثل فى التدريب على الاسترخاء. فى هذا المظهر العلاجى يدرب الطفل على كيفية إخراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد. على الرغم من أن النتائج مع صغار الأطفال ليست ناجحة دائما ، فإن التدريب على الاسترخاء الجسمى بوجه عام قد يكون ضروريا بالإضافة إلى الاسترخاء بشكل خاص فى مناطق الوجه والفم والحلق.

أن خلو الميكانزم الصوتي من التوتر يعمل على تسهيل تحقيق المظاهر الأخرى للبرنامج العلاجي.

يتضمن المظهر الثالث لعلاج الصوت التدريبات الصوتية والتدريب المباشر على إخراج الأصوات المختلفة. توجد تدريبات خاصة متوفرة الآن لتحسين طبقة الصوت ، وتدريبات لرفع طبقة الصوت التي اعتاد عليها الطفل وتدريبات لخفض هذه الطبقة ، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت. كذلك توجد تدريبات تهدف إلى تحقيق مستوى أكثر ملاءمة من ارتفاع الصوت ، وتدريبات أخرى لتحسين نوعية الصوت بوجه عام. التدريبات التي يقع عليها الاختيار ، والهدف من كل تدريب تطور لتتناسب مع حالة كل طفل كفرد.

على سبيل المثال ، قد تقتضي حالة أحد الأطفال خفض مستوى طبقة الصوت التي اعتاد عليها بمقدار ثلاث نغمات ، في حين تتطلب حالة طفل آخر زيادة مدى طبقه الصوت بمقدار نصف ثماني. أثناء المرحلة المبكرة لعلاج الصوت قد يطلب الأخصائي الإكلينيكي إجراء تجريب على صوت الطفل بطرق مختلفة ليستكشف تجمعات طبقة الصوت والارتفاعات في الصوت كي يتوصل إلى تحديد لكيفية إنتاج أفضل نوعية من الصوت عند هذا الطفل.

وعندما يتعرف الطفل على الصوت الجديد يحتاج إلى قدر كبير من الممارسة فى تمييز هذا الصوت واستخدامه فى المواقف المختلفة التى تتضمن الكلام. كذلك ، يعتبر تدريب الأذن ، وتحسين المهارات العامة للاستماع مظاهر لها أهميتها فى التدريبات الصوتية.

الفصل الخامس
الإعاقـــة العقليـــة

الفصل الخامس

الإعاقة العقلية

مقدمـــة :

ظهرت في اللغة العربية العديد من المصطلحات الحديثة التـــي تعبر عـــن مفهـــوم الإعاقـــة العقليـــة (mental impairment, or mentally handicapped) ومنها مصطلح النقص العقلي (mental deficiency) ومصطلح التخلـــف العقلـــي ((mental retardation ومـــصطلح الـــضعف العقلـــي (mental subnor mal, or feeble minded) كما ظهرت في اللغة العربية أيـــضا بعـــض مـــصطلحات القديمة والتي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية ، والتي قل استخدامها في الوقت الحاضر ، ومنها مصطلح الطفل الغبي أو الطفل البليد (idiot, dumb, or dull child) ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات التـــي تعبر وبطريقة ما عن مفهوم الإعاقة العقلية ، فيميل الاتجاه الحديث في التربية الخاصة إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلية ، وتبدو مبـــررات استخدام ذلك المصطلح مرتبطة باتجاهات الأفراد نحو الإعاقة العقليـــة وتغيرها نحو الإيجابية ، إذ يعبر مصطلح الإعاقة العقلية عـــن اتجـــاه إيجابي في النظرة إلى هذه الفئة ، في حين تعبر المصطلحات القديمة ، أو غيرها عن اتجاه سلبي نحو هذه الفئة.

مفهوم الإعاقة العقلية :

تعتبر ظاهرت الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة علـى مـر العصور ، ولا يكاد يخلو مجتمع ما منها ، كما تعتبـر هـذه الظـاهرة موضوعا يجمع بين اهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة ، كعلوم النفس والتربية والطب والاجتماع والقانون ، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها فـي المجتمع ، ولذا فليس من المستغرب أن نجد تعريفـات مختلفـة لهـذه الظاهرة ، وقد يكون من المناسب استعراض تلك التعريفات :

١ – التعريف الطبي (Medical Definition) :

يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية ، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرت الإعاقـة العقلية ، وقد ركز التعريف على أسباب الإعاقة العقليـة ، ففـي عـام ١٩٠٠ ركز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤديـة إلـى إصـابة المراكز العصبية ، والتي تحدث قبل أو بعد الـولادة (Macmillan, 1977, P. 33) وفى عام ١٩٠٨ ركز تريد جولد (Tredgold)علـى الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

٢ – تعريف السيكومترى (Psychometric Definition) :

ظهر التعريف السيكومترى للإعاقة العقلية نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي علي يد بينية في عام ١٩٠٥ (Benit) وما بعدها ، بظهور مقياس ستانفورد بينية للذكاء (Stanford-Binte Intelligence Scale) والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد ، في الولايات المتحدة (١٩١٦ –١٩٦٠) ، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر للذكاء في عام ١٩٤٩ (Wechesler Intelligence scale For children) وغيرها من مقاييس القدرة العقلية ، وقد أعتمد التعريف السيكومترى على نسبة الذكاء (Intelligence Quotient, I.Q.) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية ، وقد أعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٥ معوقون عقلياً.

٣ – التعريف الاجتماعي (Social Definition):

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة مقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينية ، ومقياس وكسلر ، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد ، فقد وجهت انتقاضات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية ، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية ولاتها تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه واستجابته

للمتطلبات الاجتماعية وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر((1973 ,Mercer وجينسن ((Jenesen,1980ويركز التعريف الاجتماعي علـــى مـــدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منـــه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية ، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقا عقليا إذا فشل فـــي القيـــام بالمتطلبـــات الاجتماعيـــة (Social Demands) المتوقعة منه ، وقد ركز كثيرون من أمثال تريد جو لـــد (Tredgold, 1908) ودول (Doll, 1941) وهيبر ((Haber, 1959 وجروسمان ((Grossman, 1973 وميرسر (Mercer, 1973) علـــى مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة العقلية ، وقد عبر عن موضوع مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعيـــة بمصطلح السلوك التكيفى (Adaptive Behavior) ، والذي قيس بعدد من مقاييس السلوك التكيفى (Adaptive Behavior scales).

٤- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :

(The American Association Mental Retardation, AAMR) :

ظهر تعريف الجمعيـــة الأمريكيـــة للتخلـــف العقلـــي نتيجـــة للانتقاضات التي وجهت إلى التعريف السيكومترى والذى يعتمد علـــى معيار القدرة العقلية وحدها فى تعريـــف الإعاقـــة العقليـــة ، ونتيجـــة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معيار

الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية ، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين معيار السيكومترى والمعيار الاجتماعي ، وعلى ذلك ظهر تعريف هيبر (Heber, 1959) والذي روجع في عام ١٩٦١ ، والذي تبنته الجمعية الأميرية للتخلف العقلي ، ويشير تعريف هيبر إلى أن :

"الإعاقة العقلية تمثل مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد ، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦ ".
ولكن في عام ١٩٧٣ ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين عقلياً عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦٪ ، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبر السابق ، من قبل جروسمان (Grossman) في عام ١٩٧٣ ، وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي :

"تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافيين معياريين ، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي ، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد سن ١٨".

وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هيبر في عام ١٩٥٩ وتعريف جروسمان في عام ١٩٧٣ ويمكن تخليص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية :

١ – كانت الدرجة (نسبة ذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين ، والأفراد المعوقين حسب تعريف هيبر ٨٥ أو ٨٤ على مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد بينية ، في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين ، والمعوقين حسب تعريف جروسمان ٧٠ أو ٦٩ على نفس المقاييس السابقة.

٢ – تعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقليا في المجتمع حسب تعريف هيبر ١٥,٨٦ % في حين أعتبر نسبة الأفراد المعوقين عقليا حسب تعريف جورسمان ٢,٢٧%

٣ – كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن ١٦ سنة ، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جورسمان هو سن ١٨ سنة.

منحنى التوزيع الطبيعي :

ويعتبر تعريف جورسمان (١٩٧٣) من أكثر التعريفات قبولا في أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ وحتى الوقت الحاضر.

نسبة الإعاقة العقلية :

تنتشر ظاهرت الإعاقة العقلية في كل المجتمعات ، ولا يخلو مجتمع ما منها ، لكن نسبة انتشار تلك الظاهرة قد تختلف من مجتمع إلى أخر .فقد تزيد في بعض مجتمعات وقد تزيد في مجتمعات أخرى تبعا لعدد من العوامل أهمها.

١ – معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ، فإذا استخدم في سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبر للإعاقة العقلية (أقل بانحراف معياري ١ عن المتوسط) فأن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ١٥,٨٦ % ، في حين إذا أستخدم المعيار الوارد جورسمان في الإعاقة العقلية (أقل بانحرافيين عن المتوسط فأن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي ٢,٢٧ %.

٢ – معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية : فإذا أستخدم معيار العمر الذي ظهر في تعريف هيبر ، وجورسمان للإعاقة العقلية ، فأن سقف العمر النمائي لدى هيبر هو سن ١٦ في حين أنه لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد حتى سن ١٨ سنة ، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع الذين يشكلون الأطفال والشباب تساوى تقريبا ٥٠ % من ذلك المجتمع فأن ذلك يعنى انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من ٢,٢٧ % تقريبا إلى حوالي ١٥% تقريبا من مجموع السكان في مجتمع ما.

٣ – معيار السلوك التكيفى المستخدم في تعريف الإعاقة العقليـــة: مـــا يقصد بذلك أن الفرد المعوق عقليا هو الفرد الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٥ وفى الوقت نفسه يعانى من خلل واضح علـــى مقـــاييس السلوك التكيفى ، ويعنى ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقيـــاس السلوك التكيفى لأي معايير التي تقرر نسبة المالمعوقين عقليا فان ذلك سوف يؤدى إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع مـــن ٢,٢٧ % إلى ١% .

٤ – العوامل الصحية الثقافية والاجتماعية : تعمل العوامل المرتبطـــة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي علـــى زيـــادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ، وتجمع الدراسات فـــي هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الـــوعي الـــصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقليا فـــي المجتمـــع ، والعكس صحيح ، ولذا فليس من المـــستغرب أن تـــزداد نـــسبة المعوقين عقليا في الدول النامية مقارنة مـــع الـــدول الـــصناعية المتقدمة ، ففي دولة كالسويد مثلا تبلغ نـــسبى الإعاقـــة العقليـــة ٠,٤% ، في حين تبلغ نسبة المعوقين في دول أمريكـــا اللاتينيـــة حوالي ١١,٣ % وتبلغ نسبة المعوقين في الدول العربيـــة ٣,٨% تقريباً.

وقد يكون من المناسب أن نشير إلى مصطلحين رئيسيين يرتبطان بموضوع انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية ، الأول ويسمى نسبة الحدوث أو التكرار (Incidence) ويقصد به نسبة حالات الإعاقة العقلية التي تظهر في فترة زمنية محددة بالمقارنة مع مجموع السكان الكلى أو التكرار (Prevalence) ويقصد به نسبة حالات الإعاقة العقلية بشكل عام في المجتمع ، حيث تجمع هذه النسبة بين الحالات القديمة والجديدة في المجتمع ، وتشكل هذه النسبة في الغالب ٣%.

تصنيف الإعاقة العقلية :

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة ، فقد تصنف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها ، أو بحسب درجة الذكاء ، أو بحسب الشكل الخارجي أو بحسب القدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي.

تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الأسباب (Classification by Causes) :

وهنا تقسم الإعاقة العقلية بحسب الأسباب التي أدت إليها ، ومنها:

أ - الإعاقة العقلية الأولية التي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل، أو أثناء فترة الولادة (Perinatal Causes) أو بعدها

(Postnatal Causes) وغالبا ما يطلق على هذه العوامل أو الأسباب البيئية.

تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات بحسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة منهما ، ومن هذه الفئات :

١ – المنغولية (Mongolism) :

وتسمى هذه الحالة باسم عرض داون (Down's Syndrome) نسبة إلى الطبيب الإنجليزي (John Down) في عام ١٨٦٦ حيث قدم محاضرة طبية حول المنغولية كنوع من أنواع الإعاقة العقلية ، وقد لاقى مثل هذا الاسم ترحيبا في أوساط المهتمين بالإعاقة العقلية. وتشكل حالة المنغولية حوالي ١٠ % من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ويمكن التعرف على هذه الحالة قبل عملية الولادة وأثنائها ، كما ترتبط هذه الحالة بعمر الأم إذ تزداد نسبة هذه الحالة مع زيادة عمر الأم وبخاصة بعد عمر ٣٥ سنة. ويبين الدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسبة الولادات المنغولية ، ثم نسبة حدوثها فيما بعد .MacMillan,1977,P.120))

الجدول رقم (٧) العلاقة بين عمر الأم ونسب وتكرار حالات المنغوليين.

عمر الأم	نسبة الحدوث	نسبة تكرار الحدوث
٢٠ – ٣٠	١ : ١٥٠٠	١ : ٥٠٠
٣٠ – ٣٥	١ : ٦٠٠	١ : ٢٥٠
٣٥ – ٤٠	١ : ٣٠٠	١ : ٢٠

أما أسباب هذه الحالة فتعود إلى اضطراب في الكر موسوم رقم ٢١ حيث يظهر زوج الكرموسومات هذا ثلاثيا لدى الجنين ، وبذا يصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة المنغولية ٤٧ كر موسوما لا ٤٦ كر موسوما كما هو الحال في الأجنة العادية ، وهناك أسباب أخرى لحدوث حالات المنغولية تعود إلى خطأ ما في موقع الكروموسوم ولكن نسبة هذه الحالات قليلة جدا ولا ترتبط بعمر الأم كما هو الحال في حالات اضطرابات الكرموسوم رقم ٢١ والذي يرتبط بعمر الأم أما أهم الخصائص العقلية لهؤلاء ، فيمكن تصنيف هؤلاء ضمن فئة الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين ٥٥ – ٧٠ ، كما يتميز المنغوليين بخصائص جسمية مميزة حيث الوجه المسطح وصغر حجم الأنف المائل قليلا ، والعيون الضيقة الممتدة باتجاه عرضي ، وكبر حجم الأذنين ، وظهور اللسان خارج الفم ،

والاضطرابات في شكل الأسنان ، وأيديهم وأصابعهم قصيرة ، وكذلك رقابهم (MacMillan,1977,P.122).

٣ -اضطرابات التمثيل الغذائي (Phenyiketonuria,Pku).

يعود اكتشاف اضطرابات التمثيل الغذائي كسبب في الإعاقة العقلية إلى الطبيب النرويجي فولنج (Folling) في عام ١٩٣٤ ، فقد لاحظ فولنج أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغير لون بول الطفل ، عند إضافة حامض الفيريك ، من اللون الأحمر البني إلى اللون الأخضر ، وقد عزا فولنج حدوث الإعاقة العقلية لدى هؤلاء الأطفال إلى اضطرابات التمثيل الغذائي لحامض الفينلين (Amino Acid) كفاءة الكبد في إفراز الأنزيم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفينلين ، وبسبب من سوء هضمه بالطريقة المناسبة ، فيظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ ، تماما كالمواد السامة الأخرى ، بحيث تؤدي إلى اضطرابات في الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

وتبدو أهم الخصائص العقلية لهؤلاء في أن نسب ذكائهم تدور حوالي ال٥٠ أو أقل من ذلك ، أما أهم الخصائص الجسمية لهؤلاء فتبدو في الجلد الناعم ، وفى بعض الحالات يبدو حجم الرأس صغيراً.

هذا ويمكن معالجة حالات الـ ((Pku) إذا ما اكتشفت مبكرا وبخاصة في الأسابيع الأولى للولادة ، وقد يكون من المناسب إجراء الاختبارات الطبية التالية:

أ – اختبار حامض الفيريك (Ferric Chioride Test) وفي هذا الاختبار تخلط بعض النقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فيعنى ذلك وجود حالة الـ (Pku) لدى الطفل.

ب – اختبار شريط حامض الفيريك (Ferric Chioride Reagent Strip Test) وفى هذا الاختبار يوضع شريط حامض الفيريك في بول الطفل أو على فوطة الطفل ثم يقارن لون الشريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها.

ج – اختبار غثرى (Guthrie Inhibition Assay Test): وفى هذا الاختبار تؤخذ من كعب الطفل عينة من الدم ، فإذا أظهر أن مستوى الفنيلين في الدم هو ٢٠ مليجرام لكل ٠٠١ ملم من الدم فان ذلك يعنى وجود حالة الـ (Pku) لدى الطفل. ومن المناسب الإشارة إلى أن نسبة حالات الـ (PKU) بالنسبة لتعداد المجتمع بشكل عام هي حالة لكل ٢٥ ألف فرد ، وتشير تقديرات أخرى ، إلى أن هذه النسبة هي ١ : ١٢,٥٠٠ :وتعتمد هؤلاء على برامج

غذائية معينة ومحددة تقوم على أساس التقليل ما أمكن من الفيتامينات والفنيلين (MacMillan,1977,P. 129).

٣ – القماءة (Cretinism):

تعتبر القماءة مظهرا من مظاهر الإعاقة العقلية ، ويقصد بها قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها والمصحوبة عادة بالإعاقة العقلية وتعود أسباب هذه الحالة إلى نقص في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية. وقد اعتبرت حالة القماءة مرادفة للإعاقة العقلية بسبب الارتباط بينهما ، وتبدو أهم الخصائص المميزة لهذه الحالة في جفاف الجلد والشعر واندلاع البطن ، والتخلف العقلي.

٤ – صغر حجم الدماغ (Microcephaly):

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة (Small Skull Circum-Ference) والتي تبدو واضحة منذ الميلاد ، مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد ، وفي صعوبة التآزر البصري الحركي وخاصة للمهارات الحركية الدقيقة ، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ويعتقد أن سبب هذه الحالة يبدو في تناول الكحول والعقاقير أثناء فترة الحمل ، وتعرض الأم الحامل للإشعاع.

٥ – كبر حجم الدماغ (Macrocephaly):

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم محيط الجمجمة (Large Skull Circum –Ference) مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها ، وتتراوح القدرة العقلية لهؤلاء ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ، وتبدو مظاهر هذه الحالة واضحة منذ الولادة (كما هو الحال في حالات صغر حجم الدماغ) ، ويعتقد أن أسباب هذه الحالة ترجع إلى عوامل وراثية.

٦ – حالة استسقاء الدماغ ((Hydrocephaly:

وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الجمجمة مقارنة مع المجموعة العمرية التي تنتمي إليها ، وتصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ وتعتمد درجة الإعاقة العقلية في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه هذه الحالة وعلاجها ، حيث تتضمن المعالجة سحب السائل الزائد بعملية جراحية وقد تعود أسباب هذه الحالة إلى عوامل وراثية أو مرضية وخاصة مرض (Cytomegatic Inclusion Disease) أو مرض (Toxoplasmosis) وقد تصاحب هذه الحالة مظاهر أخرى للإعاقة.

تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقاسة:

باستخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينية ، أو مقياس وكسلر للذكاء ، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلـى الفئـات التالية:

أ – الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين ٥٥ – ٧٠ كما يطلق على هذه الفئـة مـصطلح القـابلون للـتعلم (Educable Men- Tally Retaded, EMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

ب – الإعاقـة المتوسـطة العقليـة (Causes Of Mental Retardation) :

لقد تحدد بعض أسباب الإعاقة العقلية بطريقة ملحوظة في العقود القلية السابقة نتيجة للتقدم العلمي الواضح في ميادين الطـب والعلـوم الأخرى ذات العلاقة ، ومع ذلك فإن ٧٥ % من أسباب حالات الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن. وينصب الحـديث علـى ٢٥% مـن الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية فقط ، كما أن البرامج الوقايـة مـن الإعاقة العقلية تركز على الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية.

تقسم أسباب الإعاقة العقلية إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي :

أولاً: أسباب ما قبل الولادة :Prenatal Causes))

ثانياً: أسباب أثناء الولادة :(Prenatal Causes)

ثالثاً: أسباب ما بعد الولادة :(Postnatal Causes)

أولا – أسباب ما قبل الولادة :

تقسم مجموعة أسباب ما قبل الولادة إلى قسمين :

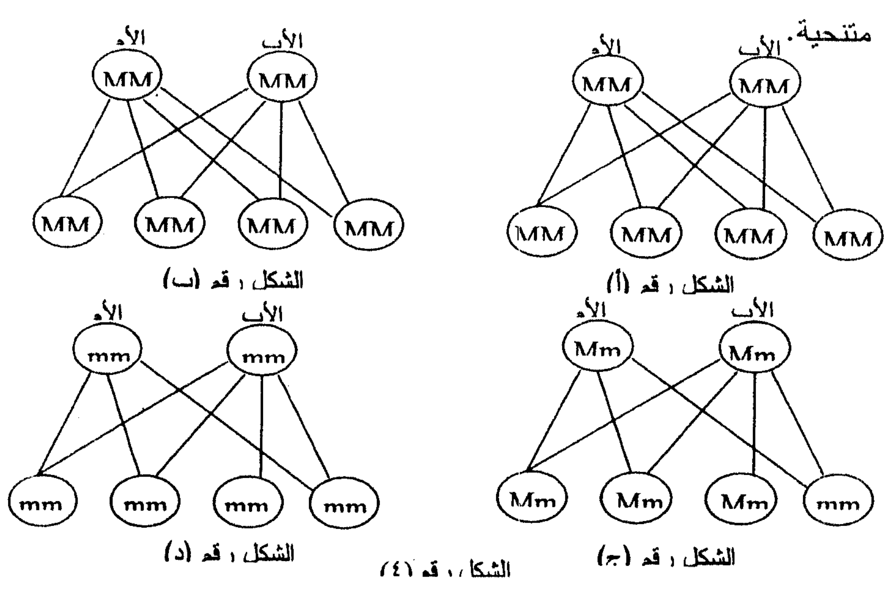
أ – العوامل الجينية (Genetic Factors)

ب– العوامل غير الجينية ، أي العوامل البيئية التي تحدث أثناء فترة الحمل.

أ – العوامل الجينية :

ويقصد بالعوامل الجينية العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات ، ففي الخلية المخصبة يوجد ٤٦ كروموسوما نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم ، وتوجد هذه الجينات وما تحمله من جينات وراثية (Genotype) على ثلاثة أشكال: الأول الجينات السائدة (Dominant Genes) والثاني الجينات الناقلة (Carrier Genes) والثالث الجينات المتنحية (Resessive Genes) فإذا كانت هذه الجينات سائدة لكل من الأب والأم فلا مشكلة في الأشكال الناتجة (Phenotype)، وغالبا ما يشبه الطفل الوليد أبويه في بعض تلك الصفات (قانون التشابه في الوراثة) ، ولكن قد توجد هذه الجينات

بصفة ناقلة لدى الأب وناقلة لدى الأم ، وفي هذه الحالة يختلف الطفل الوليد عن أبويه في بعض تلك الصفات (قانون الاختلاف في الوراثة) أما في الحالة الثالثة فقد تلتقي في الطفل الوليد صفة متنحية من كل من الأب والأم ، نتيجة لظهور هذه الجينات بصفة متنحية لدى كل من الأب والأم معا ، وهذا ما يفسر اختلاف صفة ما في الطفل الوليد عن أبويه (قانون التراجع في الوراثة) ، وتجب الإشارة إلى أن التقاء جين ما يحمل صفة ما في الأب مع مثيله من الأم ، يخضع لعامل الصدفة ويوضح الشكل رقم (٤) ، كيفية التقاء هذه الجينات نتيجة لعامل الصدفة، ولنأخذ القدرة العقلية كمثال على ذلك ونرمز لها بالحرف MM كصفة سائدة وبالحرف MM كصفة ناقلة وبالحرف mm كصفة متنحية.



الشكل رقم (٤)

التقاء الصفات الوراثية السائدة والناقلة والمتنحية .

وتفسير ذلك كما يلي ، ففي الشكل رقم (أ) ونتيجة للصفة السائدة كل من الأبوين فإن الناتج هو صفة نقية لدى الناتج ، أي أن الطفل يرث القدرة العقلية بصفتها السائدة (النقية) من الأبوين ، أما في الشكل رقم (ب) ونتيجة لظهور الصفة بشكل سائد لدى الأب وبشكل ناقل أو متنحى لدى الأم فإن الناتج هو حالتين ناقلتين ، وحالتين نقيتين (١:٢) ، أما في الشك لرقم (ج) ونتيجة لظهور الصفة بشكل ناقل لدى كل من الأبوين فإن الناتج هو حالة واحدة نقية ، وحالتين ناقلتين ، وحالة مصابة (١:٢:١) ، أما في الشكل رقم (د) ونتيجة لظهور الصفة بشكل متنحى لدى كل من الأبوين فإن جميع الناتج مصاب.

وقد تفسر الأشكال السابقة الأربعة ظهور حالات الإعاقة العقلية لدى بعض الأسر العادية كما هو الحال في الأشكال ب ،ج ولدى الأسر المصابة بالإعاقة العقلية وانتقال هذه الصفة إلي الأبناء كما هو الحال في الشكل رقم (د).

هذا وقد يحدث خلل ما في التقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائية أو بيوكيميائية أو نتيجة لعوامل أخرى بحيث يؤدى ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية ، كما هو الحال في حالات المنغولية أو حالات الــ ((Pku أو حالات كبرا أو صغر حجم الدماغ ، (راجع تصنيف الإعاقة العقلية بحسب الشكل الخارجي.

ب – العوامل غير الجينية :

ويقصد بها كل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل وأهمها :

١ – الإمراض التي تصيب الأم الحامل :

ويقصد بها على وجه الخصوص ، مرض الحصبة الألمانية (Geman RU –Bella,Measles) والزهري (Syphilis) والالتهابات وخاصة مرض (Toxoplas- mosis) فقد يؤدى فيروس الحصبة الألمانية إلى خلل في نمو الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة في المراحل الأولى لنمو الجنين ، وقد يؤدى فيروس الحصبة الألمانية إلى أشكال أخرى من الإعاقة العقلية كحالات صغر حجم الدماغ واستسقاء الدماغ ، كما قد يؤدى إلى الإصابة بالشلل الدماغي والإعاقة البصرية ، والإعاقة السمعية. ومن الأمراض الأخرى المعروفة والتي تصاب بها الأم الحامل وتؤثر في نمو الجنين وإصابته بأشكال مختلفة من الإعاقة المرض المعروف باسم (Cytomegatic Inclusion Disease) إذ يؤدى فيروس هذا المرض إلى إصابة الطفل بواحدة أو أكثر من حالات الإعاقة ، كالإعاقة العقلية ، وصغر حجم الدماغ ، وفقر الدم ، واستسقاء الدماغ ، والإعاقة السمعية والاضطرابات العصبية.

أما إصابة الأم الحامل بمرض الزهري (السفلس) فيؤدي إلى ولادات أطفال مشوهين أو ميتين أو مصابين بحالات الإعاقة العقلية ، أو أشكال أخرى من الإعاقة السمعية والبصرية وحالات أخرى من الاضطرابات الجسمية ، حيث يغزو فيروس الزهري الجنين في الأسابيع الأولى لنموه ويؤدى إلى تلف الجهاز العصبي المركزي.

٢ – سوء التغذية (Malnutrition):

تعتبر التغذية الجيدة للأم الحامل عاملا مهما من عوامل نمو الجنين وسلامته الجسمية والعقلية ، ومن هنا كان من الضروري أن تحتوى غذاء الأم على المواد الأساسية كالبروتين والكربوهيدرات ، والفيتامينات والمياه المعدنية اللازمة لنمو الخلايا الدماغية للجنين ، في حين أن التغذية السيئة للأم الحامل عاملا رئيسيا من عوامل الإصابة العقلية ، أو مظاهر أخرى من الإعاقة ، كالنقص الواضح في مظاهر الطول والوزن مقارنة مع الأطفال العاديين.

٣ – الأشعة السينية (X- Ray) :

يعتبر تعرض الأم الحامل لأشعة x وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية ، حيث تؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين بطريقة ما أو بأخرى كما أن تعرض الأم الحامل لمصادر الإشعاع (Radiation Sources) يؤدى إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة أو

الأمراض كمرض اللوكيميا (Leukemia) أو السرطان أو صغر حجم الدماغ (Microcephaly) والتي يصاحبها في العادة الإعاقة العقليـــة ، ولذا تنصح الأمهات الحوامل بعدم التعرض إلى أشـــعة x أو إلـــى أي مصدر من مصادر الإشعاع ، وقد ظهرت الآن أجهزة حديثة كجهـــاز الأمواج فوق الصوتية Uitr-asound) والذي يعطى الطبيب معلومات عن الجنين واضطرابات الحمل ، إذ يعتبر هذا الجهاز أكثر سلامة من استخدام x أو ما شابهها.

٤ – العقاقير والأدوية (Chemicals ,Drugs):

تعتبر العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية سببا رئيـــسيا مـــن أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة ، ويعتمـــد الأمر على نوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وحجمها.

ومن الأدوية التي قد تؤدى إلى تلف الخلايا الدماغيـــة للجنـــين الأسبرين ، وبعض المضادات الحيوية والأنسولين والهرمونات الجنسية، والأدوية الخاصة بعلاج الملاريا ، والحبوب المهدئة

ويبدو تأثير هذه الأدوية في التشوهات الخلقية أو خلل في الجهاز العصبي المركزي ، كما يؤثر التدخين والغازات بشكل عام إلى نقـــص واضح في وزن الجنين مقارنة مع المعدل الطبيعـــي لـــوزن الأطفـــال العاديين. أما تأثير تعاطى الكحول لدى الأم الحامل فيبدو في مـــشكلات نمو الجنين وحالات صغر حجم الدماغ هذا بالإضافة إلى مشكلات فـــي

التآزر الحركي فيما بعد الولادة لدى الطفل الوليد وقد تؤدي حالات الإدمان على الكحول إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو الإجهاض.

٥ – تلوث الهواء والماء (Air and Water pollution)

تعتبر العوامل المتعلقة بتلوث الماء والهواء من العوامل المشكوك في أثرها على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين ، إذ إن تعرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب تلوث الهواء والمياه بالغازات والمواد العادمة ، ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة ما إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي إن المشكلات قد تبدو على شكل الإعاقة العقلية ، أو البصرية أو الوفاة.

٦ – اختلاف العامل الرايزسي(Rh Factor) :

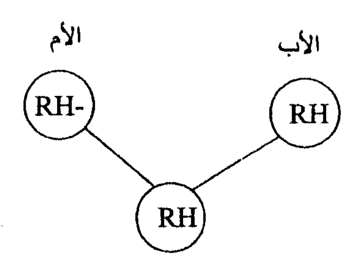
يعتبر اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية.

ويعرف العامل الرايزسى على أنه أنتنيجين موجود في الدم(وسمي كذلك إلى نوع من القرضة توجد في جبل طارق اكتشفت فيها هذا العامل)، ويوجد هذا العامل بصفة سائدة لدى ٨٥% من البشر في حين أنه يوجد بصفة سالبة لدى ١٥% من البشر.ويبدو الرايزسي

في حالة واحدة هي اختلاف العامل الرايزسى بين الأب والأم. ويوضح الشكل رقم (٥) ذلك.

نتائج اختلاف العامل الرايزسى بين الآم والأب لدى الجنين :

ففي الشكل السابق سالب لدى الأم ، وبسبب سيادة العامل الموجب ، فسوف يظهر العامل الرايزسى لدى الجنين موجبا ، وفي هذه الحالة يختلف العامل الرايزسي للأم عنه لدى الجنين ، الأمر الذي يؤدى إلى إطلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث تدمرها ، كما تؤدى إلى حالة من تميع الدم (Bílirubln) ، وحين يصل إلى مستوى تسمم الدم



بسبب من عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم ، فإن ذلك يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية ، وقد توصل الطب الحديث اليوم إلى طريقة تفادي مشكلة اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين ، وتبدو هذه الطريقة في حقن الأم بإبرة بعد ولادة الطفل بـ ٧٢ ساعة ،

وتحتوى هذه الإبرة على مادة (Gamma Globulin) وتبدو مهمة هذه الإبرة في إيقاف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين.

ثانيا – مجموعة أسباب أثناء الولادة :

ويقصد بهذه المجموعة من أسباب الولادة ، تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة ، والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات ، ومنها :

١ – نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia) : قد تؤدي حالات نقص الأوكسجين لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى الموت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات ، ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين ، كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين. كحالات التسمم (Toxemia) أو انفصال المشيمة (Placental Separation) أو طول عملية الولادة أو عسرها ، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة (Oxytocin).

٢ – الصدمات الجسدية (Physical Trauma) : قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة ، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة ، أو استخدام طريقة الولادة القصيرية (Sezurian) بسبب ومن وضع

رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم ، مما قد يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

٣ – الالتهابات التي تصيب الطفل (Infections): إذ تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات ، وخاصة التهاب السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي ، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته ، أو إلى إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات (راجع الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل).

ثالثا – أسباب ما بعد الولادة :

يقصد بهذه المجموعة من الأسباب كل الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية بعد عملية الولادة ، ومع ذلك فمن المناسب أن نشير إلى بعض حالات الإعاقة العقلية التي قد تظهر بعد عملية الولادة والتي هي نتاج لعوامل حدثت قبل أو أثناء عملية الولادة ومنها على سبيل المثال حالات الفنيل كيتونوريا (phenylketonuria) (راجع حالات الـ (pku) وحالات التي – ساكس (Tay- Sachs) والتي تحدث نتيجة لعدم وجود أحد الأنزيمات الضرورية لتمثيل المواد الدهنية ، ومن أسباب ما بعد الولادة الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية :

١ – **سوء التغذية (Malnutrition)**: قد أشرنا إلى أهمية التغذية الجيدة للأم الحامل فترة الحمل ، وأثر ذلك على نمو الجنين ، وعلاقة ذلك بالإعاقة العقلية ، كما تبدو أهمية التغذية الجيدة أيضا بعد عملية الولادة ، إذ يشكل سوء التغذية وخاصة في المناطق الفقيرة سببا رئيسيا من أسباب حالات الإعاقة العقلية ، ومن هنا كان من الضروري أن يتضمن غذاء الطفل بعد الولادة على المواد الرئيسية اللازمة لنمو الجسم كالمواد البروتينية والكربوهيدراتية الفيتامينات ، خاصة فيتامين A ، ب٦ ، ب١٢، د.

٢- **الحوادث والصدمات** : تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسيا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية ، وما يصاحب ذلك من نقص في الأكسجين أو تلف للخلايا الدماغية.

٣- **الأمراض والالتهابات** : كثيرا ما يتعرض الطفل وخاصة في السنوات الأولى من عمره إلى عدد من الأمراض ، وقد يكون من نتائجها ارتفاع درجة حرارة الطفل ، وخاصة في حالات السحايا، والحصبة ، والتهاب الجهاز التنفسي وإلخ ...... وقد يؤدي ارتفاع درجة حرارة الطفل إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل ، وبالتالي إلى الإعاقة العقلية.

٤ – **العقاقير والأدوية** : ويقصد بذلك مجموعة العوامل التي قد تــؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي ومنهــا حــالات التــسمم واستعمال العقاقير المهدئة ، وتلوث البيئة بالمواد الغازية السامة.

اتجاهات تعليمية وتأهيلية فى علاج التخلف العقلى:

استعرضنا فيما سبق قليلا من المجهودات المضنية التى قام بها علماء النفس خلال أكثر من قرن من الزمان فى محاولة للتعرف علــى طبيعة التخلف العقلى وأسبابه.

وقد تعدت تلك المجهودات طبيعة المشكلة إلى محاولة الكــشف عن خصائص المتخلفين عقليا من الناحيــة الــسلوكية وأوجــه الــشبه والاختلاف بينهم وبين الأسوياء وبيان كيف يسلكون وكيــف يتعلمــون استجاباتهم ويستجيبون فى المواقف المختلفة فى محيط الأسرة والمدرسة وفى تعاملهم مع الآخرين.

والسؤال الآن هو: ماذا يمكن أن نفيد من ذلك العــرض؟ هــل نستطيع تقديم الخدمات لهم بما يتمشى مع مشكلاتهم وأوجه قصورهم ؟ وهل يمكن أن نقودهم إلى توافق أفضل فى المدرسة وفى المنزل وفــى الحياة بوجه عام؟

كانت أولى المحاولات فى علاج التخلف العقلى تلك التى قام بها الأطباء. كانت هذه المحاولات تجرى على أفراد الأمر الــذى صــبغها

بصبغة إكلينيكية. ثم تطورت هذه الخدمات حتى أصبحت تقدم فى صورة خدمات تعليمية فى فصول خاصة فى مدارس عادية ، أو فى معاهد تعليمية كانت أو اجتماعية. مما يجعلنا نتمسك بوجهة النظر الإكلينيكية أن نجاح الحالات وفشلها وربما نجاح البرنامج وفشله لا بد وأن يكون فى ضوء ما يسفر عنه البرنامج لكل حالة على حدة.

وفى هذه البرامج لا بد من توافر التعاون والفهم المتبادل بين العاملين فالمدرس بما لديه من معلومات يومية عن الطفل يلى الآباء فى الأهمية والاخصائى النفسى بأدواته وملاحظاته يعطى للحوادث والسلوك دلالتها السليمة. والإخصائى الاجتماعى يربط هذه المعلومات بالبيئة والمجتمع ، والكل يرجع بها مرة أخرى إلى الطفل لمحاولة التوصل إلى ما يمكن عمله من أجله.

فتاريخ علم النفس وتطوره حافلان بالمحاولات المختلفة لتقديم الخدمات المناسبة للمتخلفين عقليا وبالرغم من أن هذا الكتاب ليس بالمناسبة التى توضح فيها هذه التفضيلات إلا أننا نوجزها لأهميتها البالغة فى تصور نوع الخدمات التعليمية والعلاجية الممكنة حتى تكون مقدمة لشرح الاتجاهات الأخرى فى علاج التخلف العقلى.

محاولة إيتارد Itard :

كان الطبيب " إيتارد " أو من حاول علاج التخلف العقلى على أساس فلسفة واضحة. ففى (١٧٩٩م) جئ إليه بطفل فى حوالى الثانية

عشرة من عمره (أسماه فيكتور) وجد فى غابة أفيرون بفرنسا. وكان الطفل يشبه الحيوان فى سلوكه. وكان إيتارد يعتقد أن هذا الطفل سليم من الناحية الفسيولوجية وكل ما فى الأمر أن الحرمان من البيئة الإنسانية منعه من استخدام ذكائه حتى ظهر بهذه الصورة الحيوانية ، وكان إيتارد يؤمن "بتدريب الحواس " كوسيلة لتنمى الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الموروث.

ولقد حاول إيتارد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات حتى يصبح طفلا متحضرا فاستخدم تدريب الحواس والتطبيع الاجتماعى من أجل تغيير سلوك الطفل. وذلك عن طريق تعاليم تعتمد على أنماط أوجدها إيتارد خصيصا للطفل ، مستهدفا جعل دوافع الطفل البدائية غير المتوافقة ، أكثر مرونة وأكثر تحضرا.

وبالرغم من أن التقدم كان طفيفا ، إلا أن إيتارد استطاع تدريب حواس الطفل واستخدامها بطريقة أكثر كفاءة ، بالرغم من أن استجابة بعض الحواس للتدريب كانت أقل من استجابة الحواس الأخرى.

وقد فشل إيتارد فى إحلال الدوافع الإنسانية محل دوافع الطفل الحيوانية اللهم فى مجال عاطفته مع إيتارد نفسه ومع السيدة التى كانت تشرف على الطفل فكان يحبهما حبا جما. أما عن تكيفه الاجتماعى فكان من الصعب إشراكه مع غيره من الناس فى نشاط اجتماعى معين.

وقد فشل إيتارد أيضا فى تعليم الطفل الكلام وكان حـزن الأول أكبر لأن الثانى لم ينمو ذكاؤه بازدياد عمره إذ ربما كان الطفل أبلها أو معتوها منذ البداية. وبالرغم من أن إيتارد أعلن فشله إلا أن تدريبه لـم يذهب هباء فقد وضع اللبنة الأولى فى علاج التخلف العقلى عن طريق تدريب الحواس.

محاولات سيجان Seguin:

كان "سيجان" أحد النابهين من تلاميذ إيتارد وأضاف إلى الميدان " نظريته الفسيولوجية " فى تعليم ضعاف العقول وكان سيجان قد هاجر للولايات فى سنة ١٨٨٤ حيث وجدت طريقته إقبالا شديدا من العلمـاء الأمريكان. وأخيراً أول رئيس للرابطـة الأمريكيـة للتخلـف العقلـى (١٩٤٩).

وتتلخص النظرية الفسيولوجية فى أن التخلف العقلـى نوعـان الأول السطحى Superficial والثانى ما يسمى بالنوع العميق (المطبق) Profound والنوع الأول هو الذى يتلف فيه الجهاز العصبى المحيطى، أما النوع الثانى فهو الذى ينشأ عن عيـوب فـى الجهـاز العـصبى المركزى.

وقد أعتمد سيجان فى علاجه للنوع الأول من التخلـف العقلـى على نظريته فى تدريب العضلات لاسـتثارة الأعـصاب المـستقبلية لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبى المركزى. أما فى حالة التخلف

العقلى من النوع العميق فلا بد من إحداث صدمات للجهاز العصبى المركزى نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكى تنشط الخلايا العصبية فى القشرة المخية فتؤدى عملها بمعدل أكثر نشاطا.

أما عن تدريب الجهاز العصبى فيجب أن يتم من خلال أنشطة تعتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته وأن تكون التدريبات من الحياة اليومية والمعتادة فى حياة الطفل. ولذلك فإن سيجان أنشأ فصولا للمتخلفين فى الهواء المطلق وكانت برامجهم تصمم لتنمية الوظائف الحركية والصوتية وأعضاء الجسم ضعيفة التكوين وكان سيجان فى تعليمه يؤمن بالاتجاه من الكل إلى الجزء فمثلا كان التدريب الحركى يبدأ بالقدمين فالأرجل فالبدن بالأكتاف فالأذرع فالرسغ فالكف وأخير الأصابع.

وكان سيجان يعتبر أن الأيدى هى مدخل خبرات الطفل إذ لا بد أن يمارس بهما الاتصال بالحياة الخارجية فاللمس هو مدخل خبرات الطفل الحسية والعقلية ولذلك فإنه قدم تدريباته فى تمييز الأطوال والأثقال والشكل والحرارة والشم والتذوق ... الخ. لكى تكون وسائل للاتصال بين الطفل والحياة الخارجية.

ويرى سيجان أن تدريب حاسة السمع يجب أن يتدرج من العالم إلى الخاص أيضا فيدرب الطفل على سماع الأصوات ثم سماع السلم الموسيقى وتمييزه ثم الأداء الصوتى.

" وقد عالج سيجان مشكلة القراءة والكتابة عند المتخلفين عقليا بأن عنى بالكلام ثم الكتابة ثم القراءة (لأنها أصعبها). وقد عولج الكلام على أنه ارتباط بين الصوت والحركة التى تؤدى فى وجود هذه الحاجة. وقد أدخلت الكتابة كتدريب للتقليد وأخيرا تأتى القراءة نتيجة للربط بين كل من الكلام والكتابة.

فعلى سبيل المثال ، ينطق الطفل بكلمة " قلم " ثم يكتبها وتــضع الأشياء التى تمثلها فى يد الطفل وقد استخدمت نفس الطريقة فى حالــة الأفعال.

وقد احتل تدريب البصر مكانا هاما فى برنامج ســيجان فكــان الطفل يدرب على استخدام الألــوان والأشــكال المترابطــة والأبعــاد والمسافات والمستويات فى نفس الوقت الذى يستطيع فيه إمساك الأشياء بيديه. وبذلك يكون سيجان قد اهتم بالتوافق البصرى الحركى بــين العــين واليد.

وبالرغم من أن نظرية سيجان الفسيولوجية ليست هى التفــسير الوحيد للتخلف العقلى إلا أن تدريباته لا تزال تستخدم على نطاق واسع فى الميدان حتى وقتنا هذا.

ماريا منتسورى M. Mintessori:

من إيطاليا جاءت طريقة " منتسورى " فى عــام ١٩٩٧ وهــى تقوم على أساس اعتبار أن مشكلة التخلف العقلى فى الأســاس مــشكلة

تعليمية تربوية أكثر منها مشكلة طبية؛ ولذلك أنشأت منتسورى مدرسة لتعليم وتدريب ضعاف العقول وتدريب المدرسين اللازمين لهذا الميدان.

وتقوم فلسفة منتسورى على أساس التمييز الحسى (القائم على استخدام الحواس) ومحاولة الربط بين المنزل والمدرسة. فهى توافق سيجان على ضرورة تدريب الحواس ولكنها تعتقد هذا وفى ذهنها أن الحركات البدنية ما هى إلا نشاط فسيولوجى بحت ، على عكس ما كان يعتقده سيجان من أنها نشاط سيكولوجى تقريبا.

واهتمت منتسورى بدوافع الطفل. ولذلك فهى تضع نصب عينيها أن " يعلم الطفل نفسه بنفسه " فى مواقف حرة أما المدرس فيتخذ موقفا سلبيا للإشراف على النشاط فقط ، ويتم فى المواقف توفير الأدوات المحسوسة التى يستخدمها الطفل فى تدريب حواسه عن طريق التمييز.

فمثلا للتدريب على الإحساس بالحرارة توضع الأيدى فى ماء بارد ، ثم ماء دافئ ، ثم فى ماء ساخن حتى يتعلم الطفل التمييز بين درجات الحرارة المختلفة وبطريق متشابهة يمكن تدريب الأبصار أو السمع والإحساس بالوزن ، واللمس ... الخ.

وقد هوجمت طريقة منتسورى بأنها لا توفر الجو المناسب لتدريب المتخلفين عقليا كما أن انتقال أثر التدريب من هذه المواقف التى أعدتها منتسورى إلى مواقف الحياة اليومية يكاد يكون معدوما.

وبالرغم من الهجوم على الطريقة فإن محتوياتها وألعابها لا تزال تستخدم بنجاح فى تعليم الحضانة وما قبل المدرسة الابتدائية وفى المستويات الأولى لبرامج المتخلفين عقليا.

دكرولية O. decroly :

فى أول القرن العشرين ظهرت طريقة " دكرولية" فى بلجيكا لعلاج التخلف العقلى فدكرولية يعتقد فى قيمة تنمية الإدراك الحسى عند الطفل المتخلف فى جو البيئة التى يعيشها ، واهتم أيضا بالمعاملة الطيبة التى يجب أن يلقاها الطفل من مدرسيه والمجتمع عامة.

وقد تتشابه طريقة دكرولية مع طريقة منتسورى إلا أن دكرولية يؤكد أهمية الألعاب الجمعية فى المواقف الطبيعية بينما اهتمت منتسورى باستخدام مواد حسية بطريقة تقليدية ثابتة.

ألفريد بينيه Alfred Binet :

كان " بينيه " الفرنسى أول من دخل ميدان التخلف العقلى على مستوى سيكولوجى خلد به اسمه من بعده فقد كان هو صاحب أول اختبار للذكاء ١٩٠٥ يقوم على أساس مفاهيم الذكاء والتحصيل المدرسى. وكان الهدف من اختباره عزل المتخلفين عقليا عن الأطفال الأسوياء فى المدارس الحكومية.

وبالرغم من أن بينيه لم يدخل ميدان علاج التخلف العقلى إلا أنه نقل الميدان من مجرد طرق حسية وتقليدية إلى البحث عن ماهية الذكاء والوظائف العقلية وأوجه القصور فيها لدى المتخلفين عقليا فكان هذا هو الفتح الصحيح للبحث فى طبيعة التخلف العقلى. كما أن التطبيقات التربوية بعد بينيه بدأت تأخذ شكل برامج تربوية ومناهج ومواد تعليمية لإثراء بيئة الطفل بالمنبهات التى تؤثر بشكل أو بآخر فى النمو العقلى للمتخلفين عقليا كما أن تدريبهم المهنى بدأ يتجه نفس الاتجاه ولا شك فإن نسبة الذكاء والعمر العقلى أصبحا المعيارين الأساسيين فى التقسيم والتصنيف والنقل والتوجيه فى برامج المتخلفين عقليا

دسيدرس descoeudres (١٩٣٨):

وهى إحدى تلاميذ دكروليه ولها منهجها الكامل فى تعليم وتدريب المتخلفين عقليا. وتقوم طريقتها على التعلم عن طريق العمل والنشاط الطبيعى للطفل الذى يجب أن تستغله التربية فى المدرسة. وأكدت دسيدرس قيمة تدريب الحواس والانتباه وخاصة حواس السمع واللمس والبصر فهذه الحواس أساسية فى زيادة خبرات الطفل. كما أنها اهتمت بعملية الربط بين الموضوعات وهذا عنصر جديد فى طريقتها ، كما اهتمت بالفروق الفردية أثناء التعامل مع الأطفال. وكان محك اختيار المادة لديها هو القيمة الوظيفية للمادة بالنسبة للأطفال أى أن

المادة التى ترتبط بحياة الأطفال فى البيئة الواقعية هى المادة التى يجب أن نختارها فى البرنامج.

وبذلك وضعت توصيات تفصيلية فى أجزاء منهجها مبنية على الأسس السابقة فى التدريب الحسى والتربية البدنية ، والعمل اليدوى والفنى وكانت تعتبر أن الرسم هو أهم وسيلة للتعبير عن أفكار الطفل وهو مبدأ من المبادئ الحديثة التى تتمسك بها التربية.

كما اهتمت دسيدرس بالنشاط بحيث ينظم بطريقة طبيعية تنمى خبرات الطفل وتتحول هذه النشاطات بالتدريج إلى مشروعات لتعليم القراءة والكتابة ، والأعداد وهى فى الحقيقة طرق مشابهة لطريقة المشروع ووحدات الخبرة المعروفة.

وبناء على ما قدمه ديوى من فلسفات ، ظهرت طريقة المشروع أو الوحدة أو الخبرة وهى كلها طرق يتعلم فيها الطفل " عن طريق العمل".

فالمادة يمكن أن يتعلمها الطفل أكثر كفاءة إذا كانت ترتبط بمجالات اهتماماته وحياته ، أى أن المواد الدراسية المختلفة يمكن ربطها بحياة الطفل فى صورة وحدة أو مشروع يتناسب مع اهتمامات الطفل فيتعلمها بطريقة أسهل وأكثر كفاءة أيضا.

كريستين إنجرام C. Ingram (١٩٣٥،١٩٦٠):

من أهم المؤيدين لفكرة الوحدة مع المتخلفين عقليا والين وكريستين انجرام وهذه الأخيرة هى التى أكدت أهمية استخدام الوحدة فى المستويات المختلفة للبرنامج مع هؤلاء الأطفال. فيجب أن تكون الوحدة مسيطرة على نشاط الطفل فى الفصل ، ووضعت عدة شروط للوحدة الجيدة وهى التى يمكن أن يتخللها تدريب المهارات وخلق الاتجاهات وممارسة المواد الدراسية الممكن تنميتها ومن أمثلة هذه الوحدات وحدات عن المنزل والسوق والغابة والكتب وصناعتها والطعام والعناية بالطفل وهكذا.

دنكان Duncan (١٩٤٣) :

كانت هناك محاولة من انجلترا للاستفادة من نظرية سبيرمان فى العامل العام للذكاء فقد وجد سبيرمان أن الذكاء يتكون من العامل العام " GIQ " وعامل الذكاء النوعى " SIQ " وقد تبعه " الكسندر " فوجد أن الذكاء قد يكون حسيا وهو القدرة على معالجة الأشياء والذكاء المجرد وهو الذى يظهر فى معالجة الرموز اللفظية كما يقيسه اختبار بينيه.

وقد أجرى "دنكان" تجربته المشهورة على عينة من المتخلفين عقليا فوجد أن نسب ذكائهم على الاختبار الذكاء المجرد تتراوح بين ٥٤ ، ٧٦ بمتوسط ٦٦ وعندما أجرى عليهم اختبار الأداء لألكسندر

لتقدير الذكاء الحسى وجد أن نسب ذكائهم تتـــراوح بـــين ٦٧ ، ١١٩ بمتوسط٩٦

وقد دعت هذه النتيجة دنكان للاعتقاد بأن الذكاء الحـسى لـدى المتخلفين عقليا يكون مستواه أعلى من مستوى الذكاء المجرد ولذلك فإن يركز اهتمامه ومدخل طريقته على تنمية النوع الأول من الذكاء.

فيمكن للطفل أن يتدرب على أشياء يمسكها بيديه أو يلاحظهـا بعينه ، أو يسمعها وتخطط ألوان النشاط بعد ذلك بحيث تنمـى قـدرة هؤلاء الأطفال على إدراك العلاقات وإثارة التفكير.

ويتضمن البرنامج الأعمال اليدوية والأشغال الفنيـة بـالورق ، واللوحات ، والنجارة وأشغال الإبرة والموضوعات المنزليـة كـالطبخ والغسيل ، والتربية البدنية وفلاحة البساتين ويتضمن البرنـامج أيـضا بعض المواد كاللغة والحساب والجغرافيا والتاريخ وتتفق هذه المجموعة من المواد مع مواد المنهج فى المدارس العادية إلا أنها تركـز بدرجـة أكبر على مجالات النشاط اليدوى والحرفى التى تكون وسـائل لإثـارة الفكر حتى ينشط الطفل لحل المشكلات الحسية الملموسة.

طرق خاصة لحالات تلف المخ :

استمرت المحاولات من أجل ابتكار طرق خاصة تصلح لعـلاج المتخلفين عقليا بفئاتهم المختلفة ومن إحدى هذه الفئات " المتخلفون عقليا

من ذوى تلف الدّماغ" فمن الناحية النظرية على الأقل أن تختلف هذه الفئة فى خصائصها التعليمية عن فئة التخلف العقلى من النوع العقلى الذى يمكن اعتبارها (نظريا) امتدادا سفليا لفئة الأسوياء فى خصائصهم المختلفة.

وقد اقترح " ستراوس وليتنين " تعديلات متعددة على جو الفصل الدراسى لكى يتلاءم مع حاجة الأطفال ذوى تلف الدماغ ومعظم هذه التعديلات تقوم على أساسين :

الأساس الأول: إن الأجزاء غير المصابة من المخ تمثل مصدر للإبدال والتعويض عن الأجزاء التى أصابها التلف. ومن ثم فإن يجب أن يركز فى تعليم الطفل على ما يمكن أن يقوم به فمثلا يبدأ بكتابة الحروف بدلا من الكلمات حيث أن إدراكه للكلمة الكاملة على الصفحة المطبوعة تكون عملية ناقصة وصعبة.

والأساس الثانى: إن ستراوس وليتنين اقترحا بعض التعديلات لتقليل التأثيرات أو المحددات الناجمة عن تشتت الانتباه وسلوك المداومة والاضطرابات الإدراكية التى قد تكون موجودة عند الطفل. فيجب أن يقلل عدد المنبهات فى الفصل الدراسى إلى الدرجة التى لا تتداخل مع تعلم الشئ المراد تعلمه فى موقف ما فقد يجلس التلميذ فى ركن من أركان

انتباه التلميذ فمدرسة الفصل يجب أن تقلل من كثرة الألوان والمجوهرات أو ألا تقوم بتجميل نفسها بطريقة ملفتة للنظر وأن تكون حركاتها معتدلة مع عدم إظهار انفعالات شديدة فى التعامل مع الأطفال ويجب أن يقلل عدد الصور والملصقات بطريقة تساعد التلاميذ للتركيز على موضوع الدرس.

وعند شرح الدرس يجب أن تستخدم الطريقة الحسية مع التبسيط بقدر الإمكان ولذلك فإن وحدات الخبرة والمشروعات لا تصلح للتدريس لهؤلاء التلاميذ حيث أن هذه الطرق تمد الأطفال بكثير من المنبهات فى وقت واحد مما يؤدى بالتأكيد إلى تشتيت انتباههم. ويجب أن تلقى الصعوبات الإدراكية للأطفال علاجا مناسبا وأن يراعى فى طرق التدريس لهم والمواد التعليمية التى تستخدم معهم أن يقلل التداخل بين الشكل والأرضية بقدر الإمكان. فعلى سبيل المثال فإن الطفل إذا لم يستطيع تلوين صورة ما لأنه لا يستطيع إدراك حدود الشكل المركزى فى علاقته بالأرضية ، فإن المدرس يمكنه أن يظهر له خطوط الصورة بوضوح باستخدام قلم رسم ليوضح به الإطار المناسب.

ويرى ستراوس وليتنين أن هذه الطرق والوسائل السابق ذكرها يمكن أن تساعد الطفل المصاب بتلف الدماغ أثناء عملية تعلمه بحيث

يسهل أن ينتقل مرة أخرى إلى الفصول العادية وإلا فإنه يجب أن يستمر فى الفصول الخاصة التى تعنى بمثل هذه الحالات حتى يتحسن أداؤه.

إن أفضل ما قدمه لنا ستراوس وليتنين ذلك المبدأ عدد المنبهات فى بيئة المصاب بتلف الدماغ فقد اهتمت البحوث بتلك الاقتراحات فوجدت أنها ذات فائدة أكيدة فى تعليم هؤلاء الأطفال.

فتبسيط الموقف التعليمى بقصد زيادة الانتباه ضرورة لازمة فى تعلم المتخلفين عقليا سواء من النوع العائلى أو من ذوى تلف المخ ... وفى هذا أيضا تصديق لنظرية " هيب " التى قدمناها فى مكان آخر من هذا الكتاب وبالرغم من أن جالاجر بقاء آثار هذه الطريقة مدة طويلة إلا أن ستراوس وليتنين يؤكد أن التجارب الطويلة فى هذا الميدان أعطتهم الثقة فى هذه المبادئ ومازال الميدان مفتوحا للتجريب والبحث دون تأكيد قاطع فى هذا المجال.

الإثراء البيئى Environmental Enrichment

تأتى نسبة من الأطفال المتخلفين عقليا من بيئات فقيرة متخلفة حضاريا ، وثقافيا ويكون تخلف معظم هذه الحالات بسيطا فعندما يدخل هؤلاء الأطفال إلى المدرسة تلاحظ عدم ألفتهم للأقلام والورق والمكعبات والأشكال ... إلخ ، وهى تلك الأشياء التى تكون مألوفة لدى الغالبين العظمى من الأطفال فى هذا السن فى طبقات المجتمع المتوسطة والمرتفعة اجتماعيا واقتصاديا ولذلك فإن كثيرا من هؤلاء الأطفال

المتخلفين (ثقافيا) يتأخرون فى بداية دراستهم فى الصفوف الأولى من المدرسة الابتدائية ، علاوة على أن الدوافع البيئية التى تدفعهم للتعلم تكون حدا أدنى لكثير من العوامل. ولذلك فإن هؤلاء الأطفال يجب أن نهتم بإثراء بيئتهم المدرسية بنفس المثيرات التى افتقدوها قبل دخولهم المدرسة وهى تماثل تلك التى يتعرض لها أطفال الروضة والحضانة. فقد وجد أن مثل تلك الخبرات كانت نافعة بلا شك فى الارتقاء بالمستوى العقلى لهؤلاء الأطفال (كيرك Kirk ١٩٥٨) ، (سيكل وضاى Dye&Skeel ١٩٣٩) ، (سيكل وزملاؤه Skeel, et al. ١٩٣٨).

ولا يعنى الإثراء كثرة المواد أمام الطفل دون أى نظام أو تنسيق أو ترتيب فالإثراء هو تقديم مثيرات جديدة للطفل عند الحاجة إليها. ويستطيع المدرس بلا شك أن يصمم المواقف التى تستخدم فيها المادة الجديدة حتى تصبح مادة ذات معنى تساعد على التعلم. وقد وجد أنه كلما كان الإثراء مبكرا كلما كان أصلح وأبقى.

وبالرغم من أن هذه الطرق العلاجية هى تعليمية فى طبيعتها إلا أن الأساس فيها هو العناية الإكلينيكية بالطفل المتخلف عقليا ، وهى تمثل فى نفس الوقت المحاولات الإكلينيكية أو الجمعية التى حاولها الرواد فى هذا الميدان.

وفى الواقع فإن الخدمات التعليمية للمتخلفين عقليا قد تطورت بصورة هائلة بعد الحرب العالمية الأولى ثم الثانية وامتدت إلى أرجاء المعمورة من أقصاها إلى أقصاها. وأصبح لهذه البرامج معايير للقبول والتحويل والنقل والتوجيه ، ويوجد بينها تشابه فى كثير من البلدان التى تقدم مثل هذه الخدمات. فهناك الفصول الخاصة فى المدارس العادية ، والمدارس أو المعاهد الخاصة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة التى تعنى بالمتخلفين عقليا ، وهناك المستشفيات والمستعمرات لحالات التخلف العقلى من الدرجة الشديدة.

وقد اتسع مدى الخدمات وانعكس أثر ذلك على إعداد المتخصصين من المعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والتأهيليين وغيرهم وما زالت الحاجة إليهم تزداد يوما بعد يوم دون أن تستطيع برامج إعدادهم أن تفى بحاجة الخدمات المطلوبة فعلا لمعظم المجتمعات.

وفى الخمسينات ، وفى الوقت الذى كانت فيه خدمات المتخلفين عقليا فى الدول الغربية قد وصلت إلى مدى بعيد من التقدم ، بدأت الدول العربية فى رعاية المتخلفين بصورة جدية. وكان السبق فى هذا الميدان لمصر ولبنان ثم الكويت والجزائر والعراق والسعودية والأردن وسوريا.

وفى الوقت الذى انتقل فيه العمل فى الدول الغربية إلى تقنين الخدمات والتوصل إلى أنسب المواد التعليمية والمناهج وطرق التدريس لهذه الفئة وتشخيص صعوباتها فى التعلم وعلاجها ، نرى أن الدول العربية ما زالت تقدم الخدمات فى صورة تحتاج إلى كثير من الموضوعية والتقنين ، ولا شك فى أن بعض الوكالات العربية المتخصصة تحاول جاهدة لتحقيق هذه الأهداف.

ومما يلاحظ أن رعاية المتخلفين فى الدول العربية تفتقر إلى عدد كاف من العاملين والمتخصصين. ومن جهة أخرى ، فإن عدد الفنيين فى هذا المجال يقتصر على بعض برامج تأهيلية قصيرة المدى لا تسد إلا الحاجة الماسة للقيام بمسؤوليات هذه البرامج الموجودة فعلا ، ولازال الاتصال العلمى مقطوعا بوجه عام بين العاملين فى الميدان بالوزارات المسئولة وبين العاملين فى الحقل الأكاديمى فى الجامعات والمعاهد العليا.

لذلك يجب أن يؤخذ فى الاعتبار إنشاء برامج دائمة لتأهيل وتخريج المتخصصين وتدريب العاملين الحاليين والارتقاء بمستوى ممارستهم إلى كل ما هو حديث فى الميدان علماً وتطبيقاً.

وتلخيصا لهذا ، فإن مشاكل إعداد الفنيين والأخصائيين والارتقاء بمستوى البرامج الموجودة حاليا فى الدول العربية لا يمكن حلها إلا بالتعاون الوثيق بين العاملين فى الوزارات المختلفة من جهة وبين

العاملين المتخصصين فى الجماعات والمعاهد العليا من جهة أخرى حتى تتحقق الفائدة المرجوة لهؤلاء الأطفال المتخلفين الذين أنشئت من أجلهم هذه البرامج. أنواع البرامج التعليمية العلاجية للمتخلفين عقليا :

تقدم الخدمات التعليمية إلى المتخلفين عقليا فى صورة برامج يوجه الطفل إلى أكثرها تناسبا معه ومع ظروفه والعوامل المؤثرة فى حالته.

وأهم هذه البرامج :

المدرسة الداخلية أو المعهد الداخلى:

يعد هذا النوع من البرامج من أقدم أنواع الخدمات التى قدمت للمتخلفين عقليا. ويقبل الطفل فى هذا النوع من البرامج إذا كانت ظروفه المنزلية لا توفر له أدنى مستوى للتكيف أو إذا أصبحت مشاكله تؤثر على حياة الأسرة إلى درجة ألا يكون هناك مفر من إبعاده عن المنزل حتى ولو كان ذلك لفترة معينة. ولا يخفى على القارئ أن هذا هو أغلى أنواع البرامج تكلفة على المجتمع.

ومن مزايا المعاهد الداخلية أنها تساعد الطفل على زيادة تكيفه إلا أنها تعزله عن الأسوياء وعن حياة المجتمع وعلاوة على هذا فإن نظم المعاهد الروتينية تقلل من أهمية هذا البرنامج إلا فى الحالات التى تدعو الضرورة إلى قبولها. وقد أصبحت هذه المعاهد متخصصة فى قبول حالات العزل أو حالات التخلف العقلى الشديد.

وتبادر بعض المجتمعات عند بداية تقديم خدمات للمتخلفين عقليا إلى فتح معاهد داخلية لعدة أسباب أخرى منها عدم توافر العاملين المتخصصين علاوة على أن الأطفال يجيئون من مناطق نائية يصعب معها رجوعهم يوميا إلى منازلهم.

وفى هذه الحالة الأخيرة يراعى فى رسم البرامج داخل هذه المعاهد ضرورة تفاعل الأطفال مع أطفال أسوياء آخرين ، وكذلك ضرورة تفاعلهم مع المجتمع خلال زيارات منتظمة ومتكررة مع ضمان اتصال أولياء الأمور بالمعهد وتسهيل عودة الأطفال لذويهم فى الإجازات والمناسبات على ألا يقبل الأطفال الصغار بهذه المعاهد إلا فى حالات الضرورة القصوى.

مدرسة التربية الخاصة:

غالبا مع يتجمع فى هذه المدارس الأطفال المعوقون من أكثر من نوع واحد وتسير الخدمات فى هذه المدارس بطريقة مشابهة للمعاهد الداخلية إلا أن الأطفال غالبا ما يعودون إلى ذويهم بعد اليوم الدراسى. فهى توفر بذلك التكيف الاجتماعى للطفل مع أسرته ولكنها تستمر فى عزله عن الأسوياء. وإذا ما تعددت أنواع الإعاقات فى المدرسة فقد يصعب تخطيط البرنامج المدرسى والنشاط الذى يكامل بين الأطفال. وقد يستفاد من هذه البرامج لتجمع عدد مناسب من المتخصصين فى

مجالات الإعاقة كل فى ميدانه ، فيساعد هذا علــى تقــديم الخــدمات المتخصصة لمن يحتاجهم من الأطفال داخل المدرسة.

الفصول الخاصة :

هذه هى أوسع أنواع الخدمات انتشارا للمتخلفين عقليــاً. فوجــد فصل خاص أو عدة فصول خاصة فى مدرسة عادية أمر أقل تكلفة من الأنواع الأخرى من البرامج كما أنه يحقــق هــدف إدمــاج الأطفــال المتخلفين مع أقرانهم الأسوياء فى النشاط غير الأكاديمى. ويقبل عــادة فى هذه الفصول الأطفال المتخلفون من مستوى المأفون (نسبة ذكــاء = ٥٠ إلى ٧٥) وهم الأطفال الذين لديهم قدرة مناســبة علــى التفاعــل الاجتماعى والاعتماد على الــنفس فــى التنقــل ، وإنــشاء العلاقــات الاجتماعية ولو بدرجة محدودة. ويستطيع هؤلاء الأطفال تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة مثل القراءة البسيطة والكتابة والعمليات الحــسابية. وقد يصل هؤلاء الأطفال فى نهاية المطاف إلى مستوى الصف الثالــث أو الرابع والخامس أحيانا وهناك حالات منها استطاعت أن تصل إلــى مستوى الصف السادس (تحت ظروف معينة).

وهناك نوع آخر من الخدمات يمكن تقديمه إلى المتخلفين عقليــا مع بقائهم فى فصولهم العادية فى مدارسهم العاديــة حيــث لا تتــوافر الفصول الخاصة أو المعاهد المتخصصة وخلال هذه الخــدمات تقــدم المعونة للتلميذ المتخلف فى الفصل الدراسى العادى مع نقله كل عام آليا

حتى ينتهى من مستوى المدرسة الابتدائية أو المتوسطة وغالبا ما يشجع لترك المدرسة قبل هذه المرحلة. ويعاب على هذه الطريقة أن نظام التعليم فى المدارس العادية لا يقبل بقاء مثل هؤلاء التلاميذ المتخلفين الذين يصبحون مادة خصبة للتهكم والنبذ من زملائهم الأسوياء مما يؤدى فى النهاية إلى التأثير على تكامل الفصول ونظام العمل بها وذلك علاوة على عدم استفادة التلميذ المتخلف كثيرا من بقائه مع زملائه الأسوياء الذين يدرسون فى مستويات أعلى بكثير من مستوى إدراكه وتحصيله. وعلى كل حال ، فإن البحوث لم تصل إلى دليل قاطع بنجاح أو فشل مثل هذه البرامج ومازالت تستخدم فى المناطق التى لا تتوافر بها خدمات تعليمية خاصة بالمتخلفين عقليا (كاسيدى ، وستانتون)

وعادة ما تتضمن فصول المتخلفين عددا صغيرا من الأطفال يتراوح بين ٦ إلى ١٠ تلاميذ فى فصول الصغار ، ولا يزيد العدد عن ١٢ إلى ١٦ فى فصول الكبار ، وبالإضافة إلى التعليم والتدريب فإن الخدمات النفسية والعلاجية التعليمية يجب أن تقدم للاطفال حتى يمكن علاج المعوقات التى تمنع الطفل من الوصول إلى مستوى مناسب للتكيف.

هذا وتوجد خمسة مستويات من الفصول الخاصة بالمتخلفين عقليا (القابلين للتعليم) هى:

١- **مستوى ما قبل المدرسة:** وفى هذا المستوى يقبل الأطفال بين سن الثالثة والسادسة من العمر بحيث تكون أعمارهم العقلية بين عامين وأربعة أعوام (تقابل مرحلة الحضانة والروضة) وتهدف هذه المرحلة إلى إثراء خبرات الأطفال.

ونادرا ما يدخل هذه الفصول الأطفال المتخلفون من النوع البسيط حيث يصعب اكتشاف التخلف فى هذه السن المبكرة. ويستفيد من هذه البرامج أطفال الطبقة الفقيرة التى يفيدها الإثراء البيئى كثيراً.

٢ – **مستوى المرحلة الأولى :** وتتراوح أعمار الأطفال الزمنية فى هذه المرحلة بين ٦ إلى ١٠ أعوامل وأعمارهم العقلية تقع بين ٣ أو ٤ سنوات إلى ٦ سنوات وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال لم يصلوا بعد إلى مستوى يمكنهم من دراسة مناهج فى مستوى المرحلة الأولى إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس وعدد مناسب من المفردات والعادات الصحية السليمة ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء العمل أو اللعب ، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة فى مستوى أطفال مرحلة الروضة.

٣ – **مستوى المرحلة الإعدادية :** تتراوح الأعمار الزمنية فى هذه المرحلة بين ٩-١٣ سنة وأعمارهم العقلية بين ٦ إلى ٩ سنوات وهذا المستوى هو الأكثر انتشارا فى المدارس العادية. حيث يرسب كثير من التلاميذ المتخلفين الذين ينقلون آليا عندما يصلون إلى

مستوى الصف الثالث أو الرابع ويصبحون مشكلة فى المدرسة العادية ، وغالبا ما يتميز هؤلاء التلاميذ بكرههم للمدرسة فتكثر بينهم الأنماط السلوكية الشاذة نتيجة لتجمع وتراكم خبراتهم الإحباطية مع الأطفال الأسوياء. كما أن مفهوم الذات لديهم يكون قاصرا ، وعلى الرغم من هذا فإن أعمارهم العقلية تساعدهم على اكتساب بعض المهارات الأكاديمية المناسبة فى القراءة والكتابة والحساب.

٤ – **مستوى المدرسة الثانوية** : تحولت أهداف هذه الفصول من الناحية التاريخية من الإعداد المهنى إلى زيادة إعداد المتخلفين عقليا من الناحية الأكاديمية علاوة على إكسابه عادات واتجاهات صحيحة وصحية نحو العمل والإنتاج (التربية المهنية).

فتستمر الدراسة فى هذا المستوى على المستوى العملى الذى يربط الدراسة بالحياة اليومية. فيجب أن تكون المهارات التى يتدربون عليها ذات فائدة مباشرة كإعداد الطعام والخياطة ورعاية الطفل بالنسبة للبنات ومعرفة العدد الميكانيكية والإصلاحات اللازمة داخل المنزل بالنسبة للأولاد.

وفى هذه المرحلة ، يجب التركيز على العادات الصحيحة فى العمل مثل المواظبة على الحضور والانصراف وتنفيذ التعليمات والتعاون مع الزملاء فى الإنتاج ولذلك يجب إعطاء الأطفال مستوى مناسبا من المعلومات عن المهن التى قد يشغلونها بعد إتمام تعليمهم

وتدريبهم حيث أن الأبحاث قد أثبتت أن أهم أسباب فشل المتخلفين عقليا فى مهنهم لم يكن مستواهم فى أداء العمل بقدر ما كان معاناتهم من مشاكل عدم التوافق مع أصحاب العمل والعمال. ولذلك فإننا لا بد وأن نعطى الصحة النفسية فى مثل هذه البرامج مكانا بارزا.

٥ - **ما بعد برنامج المدرسة :** لا توجد مثل هذه البرامج فى المدارس العادية ، ولكنها قد توجد فى برامج الورش المحمية (تحت الإشراف والحماية) أو إدرارات التأهيل المهنى. ويكون الهدف من هذه البرامج مواجهة حاجات المتخلفين الشباب إلى التدريب أو إعادة التدريب وتوجيههم وإرشادهم فى حياة معقدة لا يستطيعون الاستقلال التام فى غمارها.

وتتضمن خدمات هذه البرامج إعادة التدريب والتشغيل ، والإشراف وتنفيذ برامج للإفادة من أوقات الفراغ بالقدر الذى يؤدى إلى تكيف شخصى واجتماعى مناسبين.

الخدمات التأهيلية للمتخلفين عقليا (القابلين للتدريب)

تقع فئة القابلين للتدريب فى مستوى أدنى من الذكاء والتكيف ، فنسب ذكائهم تتراوح بين ٣٠-٤٩ وقد يصل الحد الأدنى لها إلى ٢٥ وفى العادة يكون أفراد هذه الفئة أقل قدرة على التعلم والتأهيل من فئة المورون ، ويكون الهدف الأساسى من برامجهم هو التكيف الشخصى

والاعتماد على النفس ، ثم التكيف الاجتماعى والمهنى بقدر الإمكان وقد أوضحت البحوث أن نسبة قليلة من هذه الفئة هى التى يمكنها الاعتماد على نفسها وشق طريقها فى الحياة ولو بمساعدة بسيطة وتحتاج الغالبية العظمى منهم إلى رعاية وإشراف شبه كاملين وكثيرا ما يعودون إلى المؤسسات التى تركوها لإعادة تأهيلهم أو لعدم تكيفهم مع المجتمع.

وفى الحقيقة ، فإن هذا النوع من البرامج يكلف الكثير عن أى نوع آخر من برامج المتخلفين عقليا ، حيث أن هؤلاء يحتاجون بجوار تأهيلهم إلى خدمات طبية وعلاجية وتصحيحية متعددة وذلك لكثرة ما يوجد بهم من إعاقات أخرى غير التخلف العقلى ، وبالرغم من كل هذه التكاليف فإن برامجهم لا تعطينا نتائج طيبة فى كل الأحوال. فطبيعة الإعاقة ومستواها المتوسط كلها أسباب تقف حائلا دون تحقيق النتائج المرجوة ، يضاف إلى هذا حاجة المتخلفين من هذا المستوى إلى مدرسين وأخصائيين مدربين تدريبا خاصا ونوعيا أكثر مما تحتاج برامج فئة المورون.

هذا ويمكن تقديم الخدمات التأهيلية للقابلين للتدريب فى مدرسة عادية أو فى معهد خاص أو فى مؤسسة خاصة يقيم فيها هؤلاء الأطفال.

ويمثل أولياء أمور هؤلاء الأطفال قوة ضاغطة كبيرة فالإعاقة العقلية من النوع الخفيف غالبا ما تأتى من المستويات الاجتماعية

الاقتصادية المنخفضة أما الإعاقة العقلية من المستوى المتوسط أو الشديد فإنها غالبا ما تتوزع بالتساوى بين الطبقات ، الأمر الذى يحتمل معه أن يكون أولياء أمور كثير من هؤلاء الأطفال من المستويات الاجتماعية ذات السلطة والنفوذ والرأى المسموع مما يدفع هذه البرامج (أحيانا) إلى النمو والتطور حساب خدمات المتخلفين عقليا من النوع البسيط. وقد تساعدنا النظرة الموضوعية للاستدلال على قدرة البرامج فى تحسين التكيف النفسى والاجتماعى للأطفال المتخلفين من مستوى البله فهذه البرامج تكون ذات فائدة عظمة فى توجيه وإرشاد الآباء (كما سيأتى تفصيلة فيما بعد). مما يجعل أسر الأطفال أكثر استعدادا لتقبل إعاقة الطفل ومساعدته على التكيف والحياة بصورة أفضل.

وثمة نوع آخر من الخدمات فى هذا المجال ألا وهو المدرس الزائر (يزور التلميذ بمنزلة) الذى يمكن مساعدة الأطفال المعوقين عقليا الذين لا يقبلون فى مدارس أو فصول خاصة بسبب عدم القدرة على التنقل ولشدة الإصابة ، فيمكن للمدر الزائر أن يعاون الآباء والأسرة على تدريب طفلهم وتقبله والتعامل معه وحل مشاكله.

وهناك نوع آخر من الخدمات هو فصول الخدمات العامة أو الجمعيات الخيرية التى يمكن إعدادها بصورة مقبولة يقوم فيها متطوعون أو مأجورون برعاية الأطفال وتعليمهم أو تدريبهم. ويمتاز هذا النوع من البرامج بالمرونة وبعده عن الروتين الحكومى ، ولكن

يعاب عليه فى كثير من الأحوال عدم وجود برامج مقننة أو معايير للعمل أو الإنتاج أو التشغيل ... الخ. ولكن إذا ما تم التغلب على هذه المشاكل بالاستعانة بالمتخصصين اللازمين فإن البرامج الأهلية تكون أنجح من أى نوع آخر من البرامج الحكومية إذ أن دافع العمل فى هذه البرامج إنسانى يتسم بالمرونة ويتجه إلى تحقيق أهداف اجتماعية دون التقيد بالنظم الحكومية.

يبدو بعد هذا العرض السريع أن الخدمات التعليمية والتأهيلية للمتخلفين عقليا هى أبعد ما تكون عن التقنين من حيث الإمكانات المطلوبة والمتخصصين والمواد التعليمية والمناهج وخصوصا فى الدول العربية.

هذا ويجب أن يتجه الاهتمام إلى التجريب والبحث عن دلالة برنامج دون آخر أو منهج دون آخر أو طريقة دون أخرى فليس من المصلحة فى شئ أن نستقر من الآن على فلسفات ومناهج وطرق ثابتة نتبين بعد فترة أنها واجبة التغيير.

العلاج النفسي للمتخلفين عقليا:

يعرف العلاج النفسي أحيانا بأنه التوجيه والإرشاد الفردى أو الجمعى وهو الإرشاد الذى تتعدد فيه المقابلات بطريقة منتظمة بين

معالج مدرب ومريض واحد أو عدة مُرضى فى نفس الوقت. ويتم خلال هذه المقابلات حل مشاكل هؤلاء المرضى.

وحتى وقت قريب. لم يحظ العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا بنصيب من الاهتمام والدراسة الجادة ويرجع ذلك الإهمال إلى عدة أسباب من أهمها : أنه كان من المعتقد أن المتخلفين عقليا لا يصلحون للعلاج النفسى ففى الولايات المتحدة الأمريكية لم يشغل بهذا الميدان حتى الخمسينات إلا القليل جدا بسبب المفهومات الخاطئة والاتجاهات السلبية لدى كثير من العاملين نحو المتخلفين عقليا. فكل ما صدر من أعمال فى هذا الميدان كان يغلب عليه الطابع الاستنتاجى أكثر من الطابع التجريبى المنظم. (سارسون Sarason ١٩٥٢).

فقد تواجدت بعض المسلمات التى حالت دون العمل مع المتخلفين. إذ قبل أن استبصارهم محدود وغير قادرون على التبصر بنتيجة أعمالهم ، وهم قاصرون فى تمييز التغير الذى يجرى من حولهم وأنه ليست لديهم القدرة على التحكم فى انفعالاتهم. وحتى الآن فإننا لا نملك ما يؤكد أو يدحض مثل تلك الفروض.

وبالرغم من أن المستوى العام للنمو والنضج مختلف لدى المتخلفين عقليا عنه فى الأسوياء إلا أن الفروق فى خصائص الشخصية بين المتخلفين والأسوياء ليست مؤكدة وهى وإن وجدت ، تكون نتيجة لظروف اجتماعية غير صحيحة بوجه عام وهناك سبب آخر يقف خلف

ذلك الاتجاه المتشائم فى عدم إمكان العلاج النفسى للمتخلفين عقليا ألا وهو يعتبر عامل اللغة من أهم العوامل فى التفاهم بين المعالج والمريض. ومن المعروف أن المتخلفين قاصرون فى مستواهم اللغوى ، مما يهبط بقيمة هذا التفاهم إلى درجة كبيرة ، ويؤثر فى قيمة ودلالة العلاج. ولكن ينبغى أن نتذكر أن اللغة وسيلة للتفاهم وأن عملية التفاهم يمكن أن تتم من خلال عدة وسائل إحداها اللغة وما زالت هناك وسائل أخرى غير لفظية مثل تعبيرات الوجه ، وحركات الجسم ، والإيماءة ، والصورة ، وكذلك الرسم والأشغال اليدوية ، والموسيقى ، والرقص ، واللعب ... الخ. وكلها وسائل للتعبير والتفاهم وهى لا تتطلب بالضرورة ألفاظا ينطق بها الطفل.

ويتضح من ذلك أنه يمكن استخدام العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا بقليل من التعديل والتغيير ، فالقدرة العقلية المحدودة ، وتراكم الخبرات الفاشلة فى جياة المتخلف ، يمكن أن يدفع العاملين استطلاع كل ما يمكن عمله فى سبيل هذه الفئة لعلاجها.

وقد كان لاتجاهات العاملين فى العلاج النفسى نصيب كبير فى تأخر تطبيقات العلاج النفسى ، وأبعادها مدة طويلة عن ميدان التخلف العقلى ، فعدد المعالجين المدربين قليل جدا. وأغلب تلك القلة يفضلون دائما أثناء عملهم تلك الحالات التى يبدو عليها من أول وهلة القدرة على الاستجابة للعلاج ، أو التى لا يعوقها إعاقات شديدة تكون سببا فى فشل

العلاج. ولذلك كانت معظم حالاتهم من النوع الـذى يتحـسن بـسرعة فذكاؤهم أحسن ، وعمرهم أقل ، ومستوياتهم الاقتصادية مرتفعة. وهذه الاتجاهات كانت حائلا دون وصول العلاج النفسى " كخـدمات " إلـى المتخلفين عقليا.

ومن ناحية أخرى فإن أغلب المجتمعات تتجه إلى تأكيد الـذكاء كمعيار اجتماعى له التقدير والأولوية مما يـؤدى إلـى خلـق اتجـاه اجتماعى نحو نبذ أو إهمال الأفراد الأقل ذكاء ، مما يؤدى بالمجتمع إلى إهمال المتخلفين عقليا وعدم التحمس لهم بوجه عام.

ولكن الاتجاهات قد تغيرت ، وأحست المجتمعات بمـسؤوليتها نحو المتخلفين عقليا فزاد هذا من حماس العاملين فـى الميـدان نحـو تجريب طرق متعددة للعلاج النفسى معهم.

فقد ظهرت خلال الخمسينات والستينات عدة دراسـات ثـورن Thorne (١٩٤٨) ، هيسر Heiser (١٩٥٤) ، سترازولا Strazzula (١٩٥٤) ، ماندى Mundy (١٩٥٧) ، وليلاند وسـميث Leland & Smith (١٩٦٢) وكان الهدف من هذه الدراسات والبحوث فى العيادات والمؤسسات هو البحث فى إمكان تطبيق طرق ووسائل العلاج النفـسى مع المتخلفين عقليا.

وحتى وقتنا الحاضر ، فإن كثيرا من العيادات النفسية الحكومية وغير الحكومية لا تقدم توجيها أو إرشادا للمتخلفين وآبائهم ، معتقـدين

أن واجبهم الأول هو التشخيص والتحويل إلى الخدمات اللازمة دون تقديم برامج علاجية نفسية.

اتجاهات وطرق العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا

يتيح موقف العلاج النفسى فرصة طيبة للمتخلف عقليا ليعبر عن نفسه لمعالجته دون كبت أو خوف من عقاب. وغالبا ما تكون علاقة الطفل المتخلف مرضية مع معالجة الذى يجد فى هذا الموقف أكبر فرصة فعالة لتغيير سلوك الطفل بكل الوسائل الممكنة.

وليست هناك طريقة واحدة أو اتجاه معين فى العلاج النفسى يفضل استخدامه مع المتخلفين عقليا. فهناك اختلافات فى درجة الذكاء يجب أخذها فى الاعتبار وهناك اختلافات فى مكونات الشخصية ، والمشكلات والخبرات وهى إن أخذت كلها فى الاعتبار فإن الطرق والوسائل التى تستخدم مع الأطفال يجب ألا تكون واحدة.

ولذلك فإن دى مارتيون De Martino (١٩٥٧) وستاسى ودى مارتينو De Martino & Stacey (١٩٥٧) يرون أن تفضيل طريقة علاج على أخرى مع المتخلفين يجب أن يكون فى ضوء حاجة كل حالة على حدة ففى بعض الأحيان يكون من الأفضل استخدام العلاج النفسى الموجه ، وفى أحيان أخرى تفضل طرق العلاج غير الموجه. وفى معظم الأحيان فإن العلاج متعدد الاتجاهات يخلق جوا يملؤه التسامح ،

ودفئ العلاقة والمناقشات الموجهة والاستجابات والاستيضاحات للمشاعر وتوجيه الأسئلة وزيادة فى التفهم ، والتأكيد والمرح والتشجيع والنصيحة (مع رسم حدود للعلاقة بين المعالج والطفل) ويبدو أن كل هذه المظاهر تعمل فى معظم الأحوال معا وفى نفس الوقت.

وطرق العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا قد تكون فردية أو جماعية ، لفظية أو غير لفظية ، وقد تكون نوعية كما فى حالة العلاج طريق الفن وعلاج اللغة والعلاج عن طريق التربية ، والعلاج عن طريق العمل والعلاج المهنى وفيما يلى بعض التفصيلات عن هذه الطرق.

العلاج عن طريق الفن *Art Therapy*

وجد أن هذه الطريقة غير اللفظية ذات فائدة كبيرة مع الأطفال المتخلفين عقليا وقد تعتمد هذه الطريقة على رسم الصور ، والرسم باستخدام الأصابع والموسيقى والرقص الإيقاعى ، وأعمال الفخار والخزف ، والمنتجات اليدوية المختلفة. وتعتبر كل هذه الوسائل مخارج ممتازة للتعبير عن المشاعر والأفكار دون الاعتماد على التعبير اللفظى بطريقة مباشرة. وعلاوة على هذا فأى هذه المواقف تعطى التخلف عقليا الفرصة للتعرف على قدراته وقابلياته وتعطى له الفرصة أيضا للحصول على تقدير المعالج أو الجماعة التى يعمل معها فهذا المواقف فى الحقيقة تناسب حاجات وقدرات الأطفال المعوقين بوجه عام.

وعلى سبيل المثال ، فإن الرسم باستخدام الأصابع يضع الطفل فى الموقف الذى يعبر فيه عن نفسه فيكشف، إنتاجه عن رسالة معينة للتفاهم أو يكون بمثابة لغة رمزية يستخدمها الطفل فى التعبير عن نفسه وعند اتصاله بغيره.

ومن الأمثلة للعلاج عن طريق الرسم بالأصابع فقد قام كاديس Kadis (١٩٥١) بعلاج طفل فى سن السادسة بهذه الطريقة وكان ذكاء الطفل يدخله فى الطبقة بين المتخلفين عقليا والأغبياء ... وقبل العلاج وصف الطفل بأنه كان يعتمد اعتمادا كليا على أمه ، وأن نضجه الاجتماعى يقارب مستوى طفل عمره ثلاث سنوات وكان لا يستطيع التفاهم مع غيره وقد وصف بأن لديه عيوب نطق شديدة. وقد أعطى الطفل علاجا مركزا فى الكلام والنطق ولكنه لم يتحسن. وقد فسر المعالج فشل الطفل فى تحسين مستوى كلامه على أنه شعور عميق بالكراهية لبيئته. وقد فسر المعالج فشل الطفل فى تحسين مستوى كلامه على أنه شعور عميق بالكراهية لبيئته. وقد رأى كاديس أن استخدام الرسم بالأصابع قد خلق اتصالا وتفاهما بينه وبين الطفل. وكان الطفل يرسم غالبا مستخدما اللون الأسود رسما عاما غير واضح لشخص دون أيدى ، وضاغطا بشدة على شفاه. وعند هذا الحد عبر المعالج عن شفقته على الشخص وقال للطفل إن هذا الشخص لا يستطيع أن يتمتع بعمل شئ بدون يدين ولكن الطفل لم يجب على استفسار المعالج.

وفى الجلسة التالية قام الطفل برسم الشكل ولكن بطريقة غير منتظمة وأعطى المعالج نفس الملاحظات على رسم الطفل. وفى الجلسات التالية وجد أن الطفل بدأ يرسم تفاصيل أكثر وضوحا لنفس الشخص مع ازدياد هذه التفصيلات تدريجا فى رسومه.

وأبدى المعالج رضاه على الرسم ، وبالتدريج لوحظ وضوح إطار الشكل مع زيادة دقة رسم الخطوط علاوة على أن الطفل بدأ فى استخدام ألوان متعددة فى رسمه (بدلا من اللون الأسود فقط) وقد فسر كاديس ذلك التغيير فى سلوك الطفل بأنه وجد وسيلة للتعبير عن شعوره بالكراهية الذى استطاع التنفيس عنه فى رسومه إلى درجة كبيرة.

وقد استخدام الرسم Drawing منذ زمن بعيد فى العلاج النفسى. فقد استخدمه فريمان Freeman (١٩٣٦) مع المتخلفين عقليا.

وتستخدم هذه الطريقة فرديا للعلاج – وتجرى الجلسة عادة بطريقة مشابهة كما هى الحال فى الرسم بالأصابع تحت رعاية المعالج وتوجيهه.

العلاج عن طريق اللعب *Play Therapy*

يعتبر العلاج عن طريق اللعب صورة من صور الإسقاط خلال نشاط اللعب الذى يقوم به الطفل وكانت فرجينيا أكسلن V. axline (١٩٤٨) من أول المهمتين بهذه الطريقة التى وصفت أهميتها بقولها إننا

لو أخذنا مجموعة من الجلسات المسجلة للعلاج عن طريق اللعب فإننا سوف نلاحظ نظاما معينا تسير عليه الجلسات يتمثل فى تناقص الشعور السلبى وتزايد الشعور الإيجابى نحو النفس ونحو الآخرين ، وكذلك فإننا نستطيع أن نرى الطفل يتحرر من قيوده ويسلك سلوكاً تلقائياً أكثر تحرراً وهذا ما عبرت عنه أكسلن بقولها إن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالاً.

فموقف العلاج عن طريق اللعب يوفر للطفل البيئة والمجال لأن يكون طبيعيا بما يتناسب مع طبيعة ذاته بين أشياء وأشخاص يشعر بينهم بشعور الأمن والحماية وفى هذا الوسط يمكن للطفل أن يقوم بأدوار متعددة خلال اللعب لا يستطيع القيام بأدوارها خارج هذا الوسط ولا شك فإن هذه المواقف قد تقود الطفل إلى تفهم النفس بطريقة عملية وواقعية. فهو يقوم ببعض نماذج سلوكيه يستخدمها فى المستقبل مثل الشراء والبيع وعمل الزيارات والسفر وركوب الأتوبيس ... الخ.

هذه النماذج السلوكية تساعده فى المستقبل على أن يكون مقبولا فى سلوكه الاجتماعى ، عندما يواجه مواقف الحياة الواقعية.

وقد كتبت أكسلن عن بعض حالات تخلف عقلى تم علاجها عن طريق اللعب كانت إحدى هذه الحالات عبارة عن طفل مضطرب عاطفيا يبلغ من العمر خمس سنوات فى مرحلة الروضة بإحدى المدارس. وقد أحيل الطفل للعلاج عن طريق اللعب بسبب الأنماط غير

العادية التى كان يسلكها فى حضور الأطفال الآخرين فكـــان يتـــدحرج على الأرض عندما يقترب، منه طفل آخر وكان يزحـــف علـــى يديـــه وركبتيه فى اتجاه الحائط كلما تحدث أو أقترب منه أحد. ونتيجة لذلك لم يكن له أصدقاء فى المدرسة ، ولم يكن ليشارك فى نشاط الفـــصل مـــع الأطفال الآخرين. وقد قدرت نسبة ذكـــاء الطفـــل ٦٨ علـــى مقيـــاس ستانفورد بينيه. وقررت الأم أن نمو الطفل كان سويا حتى عمر ثـــلاث سنوات بدأت بعدها أعراض النكوص فى الظهور عليه تدريجياً.

وفى أول جلسة للعلاج طلب المعالج من الطفل أن يلعـــب كمـــا يحلو له فى الحجرة وبأى شئ موجود بها وبدأ على الطفل عدم التأكد ثم اتجه إلى صندوق الرمل وبدأ يتناول بعضه بيديه ليلهو به وتسقط مـــن بين أصابعه واستمر الحال على ذلك لمدة ٤٥ دقيقة. وفى الجلسة الثانية قام الطفل بنفس الطريقة ولكنه كان يتجه إلى نموذج سيارة ليلهو به من وقت لآخر. وفى الجلسة الثالثة قام بنفس الشئ ولكنه قام بالتعليق بالكلام على ما يقوم به من ألعاب موجها الكلام إلى المعـــالج. وفـــى الجلـــسة الرابعة ظهر على الطفل تغير واضح فى مظهره وسلوكه فى العيـــادة وفى المنزل واختفت بالتدريج أعراض النكوص من سلوكه ، وبدأ يتكلم أكثر مما سبق وبدأ عليه أنه أكثر سعادة وأكثر حبا للآخـــرين وأكثـــر اتصالا بهم واستمر التحسن على الطفل حتى الأســـبوع العاشـــر مـــن العلاج. وأصبح لعبه أكثر تعقيدا وابتكارا وعندما أعيد قياس نسبة الذكاء

بعد ستة شهور من بدء العلاج وجد أن النسبة بلغت ٩٦ وعندما ضمت إليه فى غرفة العلاج طفلة أخرى عمرها خمس سنوات تقبلهـا الطفـل كثيرا وبعد عام كامل من انتهاء العلاج أخبرت أم الطفـل المعـالج أن الطفل أصبح متكيفا اجتماعيا بين زملائه بنجاح وقد تم قيده فى الصف الأول الابتدائى فى فصل عدد تلاميذه ٤٨ تلميذا. وأصبح الطفل محبوبا بينهم. وعندما أعيد قياس نسبة الذكاء وجد أنها أصبحت ١٠٥ على نفس الاختبار السابق.

ولا شك أن هذا التحسن والتغير فى مظهر الطفل وتكيفه كـان نتيجة مباشرة للعلاج عن طريق اللعب والخبرات التى اكتسبها خـلال جلسات العلاج. وبالرغم من أن ديناميات العلاج عن طريق اللعـب لا يمكن تفسيرها بوضوح إلا أن الحقيقة تبقى فـى أن الخبـرات التـى يتعرض لها المرضى أثناء العلاج تحدث تغيرا مؤكدا فى سلوكه وفـى مظهره.

وقد استخدم مايسز Maisner (١٩٥٠) العـلاج عـن طريـق اللعب فى برنامج لتأهيل المتخلفين عقليا فى مؤسسة اجتماعية. وقد وجد أن البرنامج كان ناجحا أكثر من المتوقع فقد تضمن هذا المـشروع ١٥ طفلا من المتخلفين الذين تقع أعمارهم الزمنية بين سن الثامنة والثالثـة عشرة (بمتوسط قدرة عشر سنوات) وتتراوح نسب ذكائهم بين ٤١-٨٦ وكان مستوى تحصيلهم يتراوح بين أقل من مستوى الصف الأول إلـى

الصف الرابع وكانت مدة بقائهم فى المؤسسة تتراوح بين شهر واحد إلى ٣ سنوات بمتوسط قدره نصف عام.

وقد حول الأطفال إلى العلاج بطرق اللعب بسبب علاقات الاضطراب الواضحة على سلوكهم. وقد أجرى عليهم اختبار رورشاخ حيث دلت النتائج على أن هؤلاء الأطفال غير متوافقين اجتماعيا ولديهم قلق شديد كما أن مقدرتهم العقلية والاجتماعية الحقيقية أكبر بكثير من مستوى تكيفهم الظاهرى.

وكانت غرفة اللعب كبيرة (١٨ ×٢٤ قدم) وبها مسرح ولعب كثيرة متعددة وصندوق للرمل. وقد أعطى كل طفل مفتاحا للحجرة. وقد وضعت الخطة بحيث يتلقى هؤلاء الأطفال ما يسمى بعملية إعادة التعليم عن طريق الاندماج الكلى مع الآخرين وتحريكهم من الاتجاهات السلبية إلى الاتجاهات الإيجابية وأن تبدأ مرحلة من إشباع حاجات الطفل need- satisfaction .

وقد أعطيت تعليمات واضحة لكل طفل لجعله يتفهم حدودا لحريته فى اللعب ، وفى تناول اللعب خارج الغرفة والامتناع عن تحطيم الممتلكات ... الخ.

وقد لوحظ من أحد أطفال المجموعة سلوكا عدوانيا وتخريبا أثناء تواجده فى غرفة اللعب وخصوصا عندما كان يرى كل شئ مرتبا ومنظما فى الغرفة وقد فسرت هذه الظاهرة على أنها رد فعل لشعور

النبذ الذى تمارسه أم الطفل نحوه ، إذ كان الطفل ينافس أخته بكثير من شعور الغيرة والحقد ، وقد أخبر الطفل أن هذا السلوك نتيجة لـشعوره بالكراهية والنبذ. وقد أظهر هذا الطفل أثناء لعبه (باللعـب المتنوعـة) مختلف العلاقات العائلية التى يعيش فيها وكان يعبـر عنهـا بطريقـة رمزية وقد أدت ممارسة الطفل لهذا اللعب إلى انخفاض مستوى عدوانه وارتفاع مستوى تقبله لإحباطه فى مختلف المواقف.

وقد لوحظ سلوك الأطفال فى مواقف خارج غرفة اللعب كمعيار للحكم على قيمة العلاج. فوجد أن كل الأطفال كونوا اتجاهات إيجابيـة نحو الحياة والآخرين وأيد ذلك ما جاء فى تقـارير المدرسـين الـذين تابعوهم خارج غرفة العلاج ، وظهر أن مستوى تكيفهم الاجتماعى قـد تحسين كثيرا.

وفى دراسة أخرى أجراهـا وودوارد Woodward (١٩٥٨) جاء أنه لاحظ تقدما مشابها فى مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا فى مرحلة ما قبل الدراسة والذين كانت أعمارهم حوالى ثمانية أعوام. وقد استمر برنامج العلاج معهم ثلاث سنوات فوجد أن أطفـال المجموعـة كلها (عدا طفل واحـد) الـذين سـبق أن ظهـرت علـيهم علامـات الشيزوفرينيا قد استجابوا للعلاج ، وأصبحوا يعتنون بأنفسهم وصـاروا أقل خوفا وقلقا من ذى قبل العلاج الجمعي Group Therapy.

ولم يستخدم العلاج عن طريقة اللعب مع المراهقين والبالغين من المتخلفين عقليا مثلما استخدم مع الأطفال. وقد يرجع هذا الاتجاه إلى أن العاملين فى الميدان يعتقدون أن مواقف العلاج عن طريق اللعب لاتناسب الكبار فى السن.

يقوم العلاج الجمعى على إدارة جلسات منتظمة متتالية بين المعالج وعدد من الحالات (يتراوح عددها بين ٦ ، ١٠) فى وقت واحد.

ويعطى العلاج الجمعى الفرصة للتفاعل الاجتماعى كما يعطى الفرصة للحالات محل العلاج للتعامل المباشر مع مشكلاتهم. فيعطى كل فرد الفرصة أيضا لتقييم مشاكل الآخرين وخلال هذه العملية يتمرس على الفهم والتبصر بمشاكله النوعية وسلوكه الشخصى فكل فرد منهم له مشكلته الخاصة وفى هذا تأكيدا لعضويته فى هذه الجماعة وفى الوقت ذاته يرى كل منهم مشاكل الآخرين أيضا.

وقد استخدم العلاج الجمعى مع المتخلفين عقليا بنجاح يدعو إلى التفاؤل ومن أمثلة تلك المحاولات محاولة العلاج التى قام بها كوتزين Cotzin (١٩٤٨) حيث أختبر تسعة أولاد من المتخلفين عقليا متوسط أعمارهم العقلية ١٤ عاما ونصف العام ومتوسط نسب ذكائهم ٦٢ ومتوسط فترة بقائهم بالمؤسسة خمسة أعوام وقد وصف كوتزين هذه المجموعة من الأطفال بأنها كانت متجانسة ومتشابهة فى المستوى

العقلى ، والخصائص الشخصية والنضج الاجتماعى وفى مشاكل عـدم التوافق فى الفصول التى كانوا ينتمون إليها.

وقد أعطى الباحث هؤلاء الأولاد عشر جلسات للعلاج استمرت كل واحدة منها ساعة وربع الساعة وذام العلاج لفترة ثلاثة أسابيع انتقل خلالها المعالج بالتدريج من موقف سلبى إلى موقف إيجابى غير مباشر وكان المعالج يسمح للأولاد بالتنفيس عن عـواطفهم المكبوتـة وعـن عدوانهم خلال مباريات للملاكمة كانت تتلوها فيما بعد مناظر محاكمات يتناول فيها الأطفال أدوارهم فى الدفاع والاتهام وكانـت هـذه الأدوار تمثل الناحية الرئيسية التى دار حولها العلاج.

وقد أحدثت جلسات العلاج تغييرات أساسية فى سلوك الأولاد ، فانعدم العدوان والشعور بالكراهية وعلاوة على هذا فإن الأولاد اكتسبوا تفهما أكثر لمشاكلهم مما سهل عمل المعالج فى عملية التشخيص وفـى توضيح ديناميات الشخصية فى كل حالة.

وبناء على هذه الدراسة أوصى كوتزين بالتعامل مع المجموعة كلها لتحديد الأعراض السلوكية فى أول مراحل العلاج ، وبعد هذا تقسم المجموعة إلى مجموعات أصغر لا يزيد عدد كل منهـا عـن خمـس حالات حيث يصبح التقسيم ضرورة على المعالج لكى يتعامل مع كـل حالة منفصلة عن الأخرى.

وقد استخدم العلاج الجمعى مع المتخلفات عقليا فى بعض المؤسسات بنجاح ملموس. فقد استخدم هذه الطريقة فيشر ، وولفسن wolfson&Fisher (١٩٥٣) أما ميتشل – سميث ، وجوتسجين ، وجوتسجين Gottesegen & Micheal-Smith Gottesegen (١٩٥٥) فقد استخدموا طريقة معدلة للعلاج الجمعى أسموها إعادة التكامل لمفهوم البدن والنمو الاجتماعى وتهدف هذه الطريقة إلى العلاج الحركى والعلاج اللغوى.

وقد نجح هذان النوعان من العلاج مع حالات التخلف العقلى فى سن المراهقة والشباب.

أما سنيدر وسيكرست فقد قاما بالعلاج النفسى الجمعى لمجموعات من الجانحين المتخلفين عقليا فى نفس الوقت. واختبار لدراستهم ثلاث مجاميع الأولى كانت تحتوى على ١٦ حالة تلقت علاجا نفسيا جمعيا موجها والمجموعة الثانية كانت تحتوى على ١٦ حالة أيضا تلقت مثل المجموعة الأولى دون إحاطتهم بحقيقة العلاج فقد قيل لهم إنهم يشاركون فى إحدى الدراسات. أما المجموعة الثالثة فكانت تتكون من ١٣ حالة ولم تتلق أى علاج على الإطلاق.

وكانت المجموعة الأولى تتلقى لمدة ساعة كل أسبوع واستمر ذلك لفترة ١٣ أسبوعا متتاليا وكانت المجموعة الثانية تتلقى نفس البرنامج دون علم بغرض الجلسات ، وقد جاء فى تقارير القائمين

بالإشراف على هذه المجموعات أن مجموعة العلاج الموجه أصبحت أفضل بكثير من المجموعات الأخرى فى تكيفها وسلوكها.

ويعاب على هذه الدراسة عدم وجود موضوعية للحكم على التقدم الحادث فى الأطفال وبالرغم من أن الملاحظات الإكلينيكية لازمة لا محالة لكنها لا تكفى لتقرير قيمة طريقة معينة فى العلاج وقدرتها على إحداث تغيير معين فى السلوك.

وبالإضافة إلى الدراسات المذكورة فقد ثبت نجاح العلاج النفسى الجمعى فى توجيه وإرشاد الآباء

السيكودراما *Psycho-drama*

تعنى السيكودراما أداء الأدوار المختلفة بطريقة يشترك فيها فرد واحد أو عدة أفراد بهدف التوصل إلى حالة توازن أو تكيف عقلى معين وقد يكون هذا الدور موقفا أو شيئا أو شخصا المطلوب أداؤها. ولذلك فإن السيكودراما تعطى الفرصة للمراسة العقلية ، أو لاختبار النماذج السلوكية الموجودة بالفرد والتى تظهر فى بيئة محددة وتحت إشراف وفى مواقف معينة. كما أن أداء هذه الأدوار يسمح للتنفيس عن الشعور بالسعادة أو الإحباط على السواء ، فهى وسيلة لممارسة مواقف مشابهة لمواقف الحياة الواقعية أى أنها تسمح للفرد بأن يضع نفسه فى مكان الآخرين ، وأن يرى نفسه من خلال مشاهدة الآخرين له.

فالسيكودراما وسيلة مرنة للعلاج فهى تصلح للأطفال كما تصلح للكبار ، وتصلح للأولاد والبنات على السواء ، ومهما كان نوع مشاكلهم، وتصلح مع كل المجموعات صغيرة كانت أو كبيرة ومهما كانت الأدوار المطلوب تأديتها محدودة.

وهناك نوع آخر من أداء الأدوار يشابه السيكودراما ولكنه يتطلب تحضيرا أكثر من مجرد أداء الأدوار ذلك هو مسرح العرائس وهذا النوع من العلاج يسهل اندماج الأطفال فى مواقفه المختلفة.

وبالرغم من اتساع استخدام مسرح العرائس فى الفصول الخاصة والعيادات النفسية إلا أن أسس استخدامه ونتائجه لم يتناولها الباحثون بالدراسة والتجريب حتى الآن.

علاج النطق والكلام والنمو اللغوى للإعاقات العقلية

Speech & Language therapy for mental disorders

يتميز الطفل المتخلف عقليا بقصور النواحى اللفظية لديه ، ولما كانت اللغة تحتل مكانا كبيرا فى عملية التكيف فإن الطفل المتخلف يجد صعوبة فى تكيفه الاجتماعى ، ولذلك فإن علاج عيوب النطق والكلام وعلاج اللغة لدى المتخلف عقليا يؤدى بالضرورة إلى زيادة تكيفه النفسى والاجتماعى.

ولا تختلف عيوب النطق والكلام لدى المتخلفين عقليا عنها لدى الأسوياء فى الذكاء فقد تنتشر بينهم عيوب النطق، والإبدال والحذف ... الخ. إلا أن نسبة انتشارها بين المتخلفين أكثر منها بين الأسوياء ويضيف كيرك Kirk (١٩٦٢) أن هذه العيوب تزداد شدتها بزيادة درجة التخلف العقلى.

وقد أشرنا فى مكان آخر إلى دلالة البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المتخلفين عقليا وبالرغم من أن معظم هذه البرامج يفيد حالات التخلف العقلى الخفيف والمتوسط ، إلا أننا لم نتأكد بعد مما إذا كان التحسن فى النطق والكلام يحدث نتيجة لهذه البرامج وحدها أم نتيجة للنضج الذى يحدث خلال فترة العلاج.

وقد أوضح كثير من الباحثين مثل سكلانجر ، شنيدروفالون ، وسترازولا أن هذه البرامج العلاجية يكون لها فائدة محققة ، ولكن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل إنه اتضح أن العوامل البيئية المختلفة وليست القدرة العقلية فقط هى التى تؤثر بالإيجابية أو السلبية فى قيمة العلاج.

إن علاج النطق والكلام يجب أن يهدف إلى التوصل إلى التكيف الاجتماعى للفرد. فالعلاج يصحح الكلام ويعطى الطفل فرصة للتفاهم مع الغير والتعبير عن أفكاره ومشاعره وتنمية مفرداته وتوضح له المفاهيم والكلمات وبذلك يصل الطفل فى النهاية إلى تحسين علاقاته

الاجتماعية مع الآخرين. وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام ونمو اللغة هو إمكان إدماج أوجه النشاط اللغوى فى المواقف المختلفة التى يتعرض لها الأطفال فى الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم.

وقد أشرنا فيما سبق إلى أهمية استخدام الاختبارات الشخصية فى هذا المجال وأعطينا مثالا لذلك باستخدام اختبار القدرات النفسية اللغوية. فقد أمكن باستخدام هذا الاختبار أن نحدد مواطن القوة والضعف فى النواحى اللغوية لدى الطفل.

ومن دراسة البروفيل النفسى اللغوى يمكن رسم خطة علاجية لتقوية مواطن الضعف اللغوى عند الطفل وننصح القارئ الذى يرغب فى التعمق فى هذه الناحية أن يرجع إلى ما كتب عن هذا الاختبار فى فصل التشخيص أو العودة إلى الدليل الأصلى للاختبار النفسى اللغوى وقد استحدث ضن Dunn (١٩٦٥) برنامجا لغويا يتكون من ١٨٠ درسا للعناية بكل النواحى اللغوية وتنميتها بطريقة منطقية وتسلسلية. وضمن المؤلف هذه الدروس صورا للمشاهدة وأحاديث وأسئلة مسجلة وقصصا ودليلا للمدرس يمكن الاستعانة به فى توضيح أهداف البرنامج وكيفية الانتقال من درس إلى آخر. ويسمى الجهاز باسم بيبودى لتنمية النواحى اللغوية.

وقد أثبتت التجارب نجاح هذا البرنامج مع المتخلفين عقليا فى الولايات المتحدة الأمريكية.

العلاج التصحيحى Corrective Therapy

يشمل العلاج التصحيحى أى علاج يمكن أن يؤدى إلى تحسين المظهر العام الخارجى للطفل وأن يساعده على بناء الثقة بالنفس. فقد يتطلب الأمر عملية بسيطة لتعديل وضع بعض الأسنان البارزة أو إزالة أصبع زائدة أو ترقيع الشفاه المشقوقة فى حالات "شفة الأرنب" أو التعديل الجراحى للفراغ الفمى ، أو تصحيح فى اليدين أو القدمين ، ومن الطبيعى أن هذه العمليات الناجحة تكون وسيلة تقود الفرد إلى تكيف نفسى واجتماعى أفضل بالتغلب على هذه النواقص والعقد التى كانت تعوقه عن تكيفه السوى مع الغير.

العلاج المهنى Occupational Therapy

يسمى العلاج المهنى " بالعلاج عن طريق العمل " وقد وصف سوبر أهداف العلاج المهنى للمتخلفين عقليا بانه يهدف إلى تعليمهم السلوك الاجتماعى المقبول خلال اندماجهم فى أعمال مثل الرسم والأشغال والتربية الفنية والتربية الرياضية والموسيقى والترفيه.

والغرض من هذه الأنواع من النشاط هو إعداد المتخلفين عقليا فى مؤسساتهم إلى تكيف أفضل يساعدهم على مسايرة الحياة العادية عندما يخرجون إليها بعد اكتمال تعليمهم أو تدريبهم.

وتؤكد معظم الأبحاث والمقالات والكتب فى هذا المجال إمكان التوصل إلى نتائج مشجعة للغاية مع المتخلفين عقليا ، ولذلك فإن العلاج عن طريق العمل يجب أن يحتل جزءا هاما من البرنامج الكلى لتأهيل هذه الفئة. وهذا ما أكده منزل Menzel (١٩٥٢) ، دى ميتشل ، ودى ميتشل وتير وليجر ، وهيتشكوك (١٩٥٤) وعلى مستوى التخلف العقلى الشديد فإن ديونج وجد تحسنا ملحوظا فى مجموعات المتخلفين من هذه الفئة ، عندما استخدم معهم العلاج عن طريق العمل حيث تغيرت أساليب سلوكهم وأصبحت أكثر تكيفا.

ومما يبرر لنا استخدام العلاج النفسى عن طريق العمل مع المتخلفين عقليا تلك المكاسب السيكولوجية التى ينالها الأطفال فى مثل هذا النوع من العلاج وقد لوحظ أن من أهم الفوائد فى هذا المجال هى الرضا عن النفس وتحسن مفهوم الذات علاوة على انتظام الإنتاج الذى يصلح طريقا لكسب العيش. ويبدو أن هذه الفوائد تبرر استخدام هذا النوع من العلاج مع المتخلفين عقليا.

أهداف العلاج النفسى لذوى الإعاقات الذهنية :

لقد استعرضنا بعض الطرق والوسائل فى العلاج النفسى للمتخلفين عقليا وليس المقصود باستعراض كل طريقة منها على حدة أنها تستخدم بمفردها دون الطرق الأخرى أو أن إحداها تفضل غيرها

دون مراعاة لظروف العلاج . فإن البحوث والخبرة أثبتت أن المعالج يستخدم ما يحلوله من الطرق بناء على تقييمه الشامل للحالة والموقف ، سواء استخدام طريقة واحدة أو عدة طرق فهو يقدر الظروف ويختار منها حسب سن الحالة ومرحلة العلاج ونوع البرنامج الذى توجد به الحالة. فكل طريقة تصبوا إلى تحقيق هدف ما مهما كان نوعيا أو بسيطا عاما أو شاملا ، سواء كان هدفا قريبا أو بعيدا.

فإن الهدف الأساسى للعلاج النفسى للمتخلفين عقليا يتجه نحو تحقيق تكوين وتنمية الفرد الذى يستطيع التكيف بطريقة حسنة ومتوازنة. والهدف الخاص لعلاج هذه الفئة يجب أن يكون تقدير الذات وتنميتها بطريقة واقعية.

ويرى روبنسون وروبنسون robinson&robinson (١٩٦٥) أن العلاج النفسى للمتخلفين عقليا لا يقود دائما إلى ارتفاع نسبة الذكاء كما كان متوقعا فى معظم الدراسات والبحوث المبكرة فى الميدان. ولكن الأهم من ذلك أنه يساعد المعالج الطفل المتخلف عقليا بطريقة تؤدى إلى تقدير الذات بطريقة واقعية بحيث يجعله فى النهاية قادرا على الاعتماد على النفس فى حل مشاكل الحياة اليومية علاوة على تعامله بنجاح مع غيره من الناس فى المجتمع.

- بعض الملاحظات على العلاج النفسى لذوى الإعاقات الذهنية:

بالرغم من الدراسات والبحوث المتعددة التى تجعل أملنا كبيرا فى استخدام العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا بنجاح إلا أنه يجب ألا نسرف فى التفاؤل. وكذلك فإنه لا مبرر لأن نصبح متشائمين لدرجة أن نقرر العكس بأن المتخلفين عقليا لا يستجيبون للعلاج النفسى ، فالقوت مازال مبكرا للتوصل إلى قرار فى هذا الشأن ومازال الميدان يحتاج إلى بحوث منظمة ، واستخدام طرق موضوعية للتقييم وقياس التغير الناشئ عن برامج العلاج كما يحتاج معظم البحوث إلى استخدام عينات ضابطة لاختبار صحة نتائجها. وفيما يختص بمفاضلة طريقة علاج على أخرى فما زلنا نحتاج إلى دراسات مقارنة بين طرق العلاج المختلفة ، مع أى الحالات تصلح ، ومدى الأعمار ، وأى مستوى من التخلف العقلى يصلح لها وتصلح معه ونوع الحالات ومسببات التخلف ، وما إذا كانت الطريقة تفضل غيرها داخل المؤسسات أم خارجها .... الخ.

وعلى نفس الدرجة من الأهمية ، فإن الميدان يحتاج إلى دراسات تتبعية طولية بحيث تكشف عن قيمة التحسن الطارئ ومدى ثباته وبقائه فى الحالات التى تم علاجها هل كان التغير مؤقتا أم مستمرا، وما هى الظروف التى تؤثر فى ذلك ، وكيف يمكن مراعاة تلك العوامل فى برامج العلاج ... الخ.

إن الملاحظة العامة على دراسات العلاج النفسى للمتخلفين عقليا هى أن كل طريقة للعلاج تصلح مع مجموعة عينة من الحـالات فـى ظروف معينة مع معالجين من نوع معين ومستوى معين فى تـأهيلهم وتدريبهم وخبراتهم.

وحتى الآن لم يستخدم العلاج النفسى مع المتخلفين عقليا علـى نطاق واسع ولا ندرى سببا لهذه الظاهرة وياحبذا لوجربت هذه الطرق فى المؤسسات التى تضم المتخلفين عقليا فى أقسامها الداخليـة وحيـث يحتاج هؤلاء الأطفال إلى تفهم ورعاية أفضل تقود إلى علاقات إنسانية دافئة ملؤها الشفقة والحنو وحيث تتوافر فى هذه المؤسسات الظـروف لرسم وتنفيذ طرق العلاج المقترحة.

وإننا نأمل أن يجتذب الميدان أكبر عدد من المتخصـصين فـى العلاج النفسى ولربما ساعدت الجامعات والمعاهد العليا المتخصصة فى حل هذه المشكلة بتوجيه وإعداد عدد من خريجيها إلى ذلك النوع مـن العمل وخاصة فى ميدان التوجيه والإرشاد الذى يؤدى بالضرورة إلـى رفع كفاءة برامج المتخلفين عقليا من الناحية العلمية والإنسانية.

توجيه وإرشاد الآباء *Parental Counseling*

تتضمن مناقشة العلاج النفسى للمتخلفين عقليا موضوعا آخر ، يرتبط ارتباطا مباشرا بالموضوع الأصلى ألا وهو موضـوع توجيـه

وإرشاد آباء المتخلفين عقليا. فالآباء جزء لا يتجزأ من برنامج العلاج النفسى لهؤلاء الأطفال. ولا يمكن للعلاج أن يكتمل أو أن ينجح إلا إذا وضعنا فى الحسبان تلك العوامل التى ترتبط بالأسرة والعلاقات الأسرية واتجاه الآباء نحو الإعاقة ودرجة تقبلهم لوجود حالة تخلف عقلى فى الأسرة وأثرها فى حياة الأطفال الآخرين ، وتأثيرها فى دورة حياة الأسرة بوجه عام.

فالحديث مع الأب فى شأن ابنه المتخلف ليس مجرد عملية استقاء معلومات عن الحالة ولكن العملية تتضمن أكثر من هذا وهى أن تقدم هذه المعلومات فى صورة وبطريقة تدعو الأب إلى تقبل حالة طفله من الناحية العاطفية وما يتصل بهذه الحالة من مشكلات فيتقبلها عن رضى وعزم على المساعدة وعمل كل ممكن من أجلها ، ولا شك أن هذا يتطلب أن يكون المعالج دبلوماسيا وصبورا ومتفهما لكل نواحى المشكلة ودواعيها وإمكاناتها.

ففى بداية العلاج ، يكون من أول الواجبات على المعالج أن يقود الأب إلى التقبل العاطفى لحالة الطفل المتخلف وأن يساعد للتعرف على حقائق المشكلة وعند التوصل إلى هذه المرحلة فإن الأب يعطى البيانات المطلوبة عن الحالة من تلقاء نفسه. ومثل هذا التعاون يساعد على التشخيص الصحيح للحالة كما يساعده على التخطيط السليم لمساعدة الحالة وعلاجها فى المستقبل.

وقد تمكن كانر Kanner (١٩٥٣) من التعرف على ردود الفعل العاطفية عند الوالدين إذا ما وجدت حالة الإعاقة بالأسرة وتعكس هذه الأفعال الاتجاهات الذاتية للوالدين ومكونات شخصياتهم وقد لخص كانر هذه الاتجاهات فى ثلاثة : الاتجاه الأول ويظهر فى أولئك الآباء الذين يتصرفون " تصرفا ناضجا " يتفق مع واقع المشكلة فيتقبلون الطفل كما هو. فلا تكون هناك مظاهر لأى ارتباط فى حياة الأسرة أو العلاقات بين الأسرة والأقارب أو بين الأسرة والبيئة.

أما الاتجاه الثانى فهو ذلك الاتجاه الذى يسلكه بعض الآباء فى " إخفاء أو تبرير الحقيقة " فيعزفون الإعاقة إلى عام أو عدة عوامل (غير واقعية) إذا ما صححت فإن الطفل سوف يعود بعدها عاديا مرة أخرى ويتجه هذا النوع من الآباء إلى الأطباء والأدوية والعمليات والوصفات البلدية والغرق فى الاتجاهات الساذجة لمعالجة الحالة الأمر الذى يزيد من إحباط الوالدين علاوة على إصرارهم على توقعات غير عملية وغير علمية.

فمن المعروف أن التشخيص أو العلاج المبكر من أهم العوامل فى معالجة بعض الحالات مثل حالة (PKU) أو حالات القصاعة أو الجلكتوزيميا ولكن الأمر ليس كذلك إذا ما أصر الوالدان على أن علاجا مماثلا موجود لكل الحالات الأخرى من التخلف مهما كان نوعها أو حالتها ، وتكون النهاية إنفاق تكاليف خيالية على الطفل دون أدنى تحسن

حتى أن بعض الآباء يقولون فى شكواهم إنهم قد صرفوا كل ما يملكون على علاج أبنائهم دون جدوى ... علاوة على تراكم شعورهم بالفشل والإحباط ، وما يصاحب هذا من تدمير للجو العائلى السوى أو إهمال للأبناء الآخرين لأن هذا الابن المعاق يستحوذ على نصيب كبير من وقتهم وجهدهم ومالهم.

أما عن الاتجاه الثالث بين آباء المعاقين فهو اتجاه نحو " نكران حالة الطفل المعاق " فهم لا يرون شيئا غير عادى فى الطفل.

ولذلك فإننا نرى هؤلاء الآباء يهملون أبناءهم تماما أو يدللونهم ويحمونهم حماية زائدة ، أو يكرهونهم أو ينبذونهم ... وكل هذه ردود فعل للاتجاه إلى نكران الإعاقة.

ولسنا فى حاجة إلى إعادة تأكيد أهمية توجيه وإرشاد الآباء فهم فى حاجة إلى المشاركة الوجدانية والتفهم والفهم والإرشاد إلى ما يمكن فى سبيل مساعدة أبنائهم إلى الطريق الأفضل فى حياة الأسرة والمدرسة.

ومن أشمل الدراسات التى جاءت فى هذا الميدان ما قام به فاربر ومساعدوه وتلاميذه Farber, et al. (١٩٥٦ ، ١٩٥٩ ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٣) لدراسة العلاقة بين الآباء وأطفالهم المعاقين وأثر الإعاقة على العلاقات الأسرية بوجه عام ومدى تأثر هذه العلاقات بعوامل متعددة مثل سن الحالة ، أو الجنس وترتيب الطفل فى الأسرة.

وعلى وجه العموم ، فإن تواجد حالة إعاقة بالأسرة يسبب اضطراب دورة الحياة العادية للأسرة فالطفل المتخلف عقليا تطول مدة اعتماده على الأم دون توقع صحيح إلى أى مدى سيبقى الطفل كذلك ، ولا ندرى متى يعتمد على نفسه فى المستقبل ، وهل من الممكن أن يقدم المتخلف فى سن الشباب على الزواج كغيره من أبناء الأسرة فى دورة حياتها العادية؟ كلها أسئلة لا يوجد لها من إجابة مباشرة إلا الاعتراف بضرورة الإشراف عليه حتى يحين وقت الاستقلال إن وصل إليه المتخلف فى يوم من الأيام.

ويبدو أن التوافق الماضى بين الزوجين وتكامل الحياة الأسرية وهدوءها قبل ولادة الطفل المتخلف كل هذه تكون عوامل هامة فى تحديد اتجاه الوالدين نحو الطفل المعوق بعد ولادته. فقد تبين من دراسات فاربر أن الأسر التى كان تقديرها مرتفعا فى تكامل الحياة الأسرية قبل ولادة الطفل المتخلف كانت تقابل المشكلة بطريقة أفضل من الأسرة التى كانت تقديراتها منخفضة على نفس المعيار. وكذلك فإن الزوجين اللذين يشارك بعضهما البعض فى تحقيق أهداف مشتركه كانا عند ولادة طفل متخلف لهما أكثر واقعية من الزوجين اللذين لم يشارك بعضهما البعض فى تحقيق أهداف مشتركة. الأمر الذى دعا فاربر إلى استنتاج أن التكامل فى الحياة الزوجية يلعب دورا كبيرا فى مواجهة هذه المشكلات.

وقد تكشف لفاربر أن جنس الطفل المتخلف يكون له تأثير على درجة التكامل فى الحياة الزوجية بين الوالدين ، فعندما يكون الطفل المتخلف ولدا فإن درجة التكامل فى الحياة الزوجية تكون أقل منها فى حالات البنت وخصوصا عندما يعيش هؤلاء الأطفال مع أسرهم وليس فى مؤسسات. وأتضح أيضا أن وجود حالة ولد من المتخلفين فى أسرة من المستويات الدنيا من الناحية الاجتماعية والاقتصادية يكون لها تأثير السلبى على الحياة الأسرية أكثر منه فى حالة البنات. ولكن هذا لايصدق على الأسر من المستوى المتوسط من الناحية الاجتماعية والاقتصادية.

وقد وجد فاربر وجينيه Jennie&Farber (١٩٣٦) أن ارتفاع درجة التكامل فى الحياة الزوجية وارتفاع المستوى الاجتماعى الاقتصادى يرتبطان ارتباطا عاليا بدرجة ودقة التفاهم بين الوالدين والطفل ، فى موقف الرضا. وقد وجد الباحثان أن درجة التفاهم فى الأسرة تختلف باختلاف الأديان على أن هذه العلاقة معقدة ويصعب تحليلها فى هذا المكان.

وكذلك لابد أن وجود حالة طفل متخلف تؤثر على الأطفال الآخرين فى الأسرة من الأخوة والأخوات. هذا ما توسع فاربر فى دراسته عام (١٩٥٩ ، ١٩٦٠). حيث توصل إلى أن أطفال الأسرة يكونون أقل تأثيرا بالاضطراب فى دورة حياة الأسرة وأنهم يتأثرون

بدرجة أكبر بالعوامل الشديدة الموقفية والتى يكون لها تـأثير قـصير المدى فى تعاملهم مع الوالدين والطفل المعوق نفسه. فالأطفال يكيفـون أنفسهم فى حالة وجود أخ معاق عقليا ، ويميل الأخوة والأخوات إلـى إتباع اتجاهات والديهم نحو الطفل المعاق.

وذلك تكون عملية توجيه وإرشاد الآباء لازمة لتحويل الـسلبية نحو الطفل إلى اتجاهات إيجابية الأمر الذى يخلق جوا مناسبا للأخذ بيد الطفل فى ضوء التوقعات الحقيقية للحالة.

وعندما يتوقع الوالدان من الأخوة والأخوات أكثر ممـا تحتمـل طاقتهم وإدراكهم أثناء تعاملهم مع أخيهم المعاق ينشأ صـراع عنيـف وإحباط وتوتر فى حياة الأسرة فيلقى بعض الآباء المسؤولية كاملة على باقى الأطفال للأخذ بيد أخيهم المعاق أو الأشراف عليه. وقـد يقاسـى هؤلاء الإخوة والأخوات من عقاب الوالدين لعدم القيام بما يطلب منهم ، أو يلوم الآباء الطفل المتخلف ويكون مادة لعقابهم بصفة مستمرة ، حتى إذا ما دخل إلى فصل خاص أو مؤسسة داخلية تحول الأب إلى عقـاب أحد الأخوة فى غياب الأخ المتخلف. وقد ذكر لنا روبنسون وروبنسون Robinson&Robinson (١٩٦٥) حالة من هذا النوع من الآبـاء ، الذين يحيلون حياة الأسرة إلى عذاب نتيجة لإعاقة أحد الأبناء أو البنات.

كما كشف لنا فاربر أن هناك عاملا آخر يؤثر على مدى تقبـل الطفل المتخلف فى الأسرة ألا وهو "مـدى ودرجـة اسـتقلال الطفـل

المتخلف" ومما يسمح له بأدائه فكلما كان الطفل صغيرا كلما كان لذلك تأثير سلبى أكثر على الأطفال الآخرين. ويبدو أن الأخوات البنات يتحملن فى هذه الحالة أكثر مما يتحمل الأخوة الذكور وذلك لطبيعة ما ينتظر أن يقمن به فى رعاية الأطفال والمنزل تحت الأم وقد يخلق هذا جوا من التوتر بين الأم والبنات أكثر مما يحدث بين الأم والأولاد ، أو بين الأم وأفراد الأسرة الآخرين. ويرى فاربر فى هذا المجال أن الأمر ليس مجرد وجود حالة طفل متخلف فى الأسرة ولكن الأمر يبدو فى مدى المسؤولية التى تلقى على أفراد الأسرة نتيجة لوجود هذه الحالة.

وفى بعض الأحيان ، نرى أن الوالدين يزايدان من انتباههما إلى الطفل المعاق ورعايته وإغراقه بالحنان والهدايا والنقود والملابس ، فيعطيان كل الوقت لهذا الطفل دون الآخرين ، مما يؤدى فى النهاية إلى إهمال الأطفال الآخرين.

ولاستكمال مفهوم العلاج النفسى للمتخلفين عقليا ، وأهمية توجيه وإرشاده الآباء فى تكامل خدمات العلاج النفسى لأبنائهم ، يأتى تصور راينجولد Rhinegold (١٩٤٥) فى الاندماج التدريجى للآباء أثناء توجيههم لتفهم الإعاقة ومساعدة أبنائهم المعوقين بطرق واقعية.

فيرى راينجولد أن الآباء يمرون بعدة مراحل فى هذا الاندماج تتغير خلالها اتجاهاتهم نحو أبنائهم ونحو الإعاقة بوجه عام. وهنا يؤكد راينجولد أهمية الجلسات الأولى فى التوجيه وذلك لأن قيمتها بالغة ،

فالهدف منها هو مساعدة الآباء على اكتساب بصيرة وعمق نظر فى مشاكل أبنائهم وأن يؤدى بهم الأمر إلى التقبل الوجدانى للطفل على ما هو عليه من إعاقة عقلية. فليس من المستطاع أن يبدأ الأب فى وضع خطة لطفله قبل التوصل إلى هذه المرحلة.

ويتقدم المعالج خلال مقابلاته من خطوة إلى خطوة أخرى ويكون دور المعالج فيها لسبيا أو إيجابيا حسبما تتطلب المرحلة أو الدور المطلوب منه أداؤه ولكن خلال كل هذه المواقف يجب أن يبدى اهتمامه واكتراثه واندماجه الكلى ومشاركته الوجدانية ونظهر دبلوماسية وكياسة وتفهما كاملا للموقف. وقد لاحظ راينجولد أن الآباء يمرون بمراحل ست خلال توجيههم وإرشادهم وتبدأ هذه المراحل بتقبل الآباء للإعاقة أو الاعتراف بالمشكلة ، ثم يبدأ الآباء فى وصف سلوك الطفل ويصبح الحصول على بيانات عن التاريخ التطورى المعالج عن المشكلة وما يفكر فيه المعالج من أجلها ، فالمرحلة الرابعة التى يسأل فيها الأب عن مسببات الحالة ثم الخامسة التى يسأل الأب فيها عن وسائل العلاج وتأتى المرحلة الأخيرة عندما يسأل الأب عن الخطوات التى يجب إتباعها مع الحالة.

ويؤكد راينجولد أهمية تشجيع الآباء على التحدث عن أبنائهم وعن مشاعرهم نحوهم بالحب أو العطف الزائد أو النبذ أو الشعور بالذنب. كما يجب أن يشجع الآباء للتحدث عن إمكانات الحالة وإعاقاتها

وما يمكن أن يفعله الابن وما لا يستطيع أن يعمله فقد يساعد ذلك كله على التقييم الواقعى للحالة وتحديد ورسم خطة واقعية للعلاج والتأهيل.

ولا نكتفي عند هذا القد ، بل يجب أن نجعل الآباء يشعرون بأنهم يشاركون بقدر المستطاع فى حل المشكلة وفى عمل القرارات الخاصة بشأن الطفل فإن مشاركتهم فى ذلك هى خير ضمان لرضى الأب عن خطط المستقبل وحيث يكون الآباء قد اكتسبوا عمقا فى النظر إلى المشكلة وواقعية فى إمكانات حلها ولا يتأتى ذلك كله إلا إذا اكتسب الآباء هذه الاتجاهات خلال جلسات التوجيه والإرشاد.

الفصل السادس

إعاقة التوحد *Autism*

الفصل السادس

إعاقة التوحد Autism

التوحّد باللاتينية Autismus :هو إحدى حالات الإعاقة التي تعوق من استيعاب المخ للمعلومات وكيفية معالجتها وتؤدي إلى حدوث مشاكل لدى الطفل في كيفية الاتصال بمن حوله واضطرابات في اكتساب مهارات التعليم السلوكي والاجتماعي، ويعتبر من أكثر الأمراض شيوعاً التي تصيب الجهاز التطوري للطفل. يظهر مرض التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويستمر مدى الحياة. وتقدر نسبة الإصابة بها بنحو ١ بين كل ٥٠٠ طفل وبالغ في الولايات المتحدة الأمريكية. لا تتوفر إحصائيات دقيقة عن عدد المصابين في كل دولة. وما يعرف أن إعاقة التوحد تصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل ٤ إلى ١، وهي إعاقة تصيب الأسر من جميع الطبقات الاجتماعية ومن جميع الأجناس والأعراق.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل. حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي

الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس ، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات.

مشكلة التشخيص والكشف المبكر.

منذ أكثر من ربع قرن وإيجاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين وهو يكافح من أجل التعريف بمشكلة الإعاقة ويجرى البحوث وبرامج التدريب ولعقد المؤتمرات الدولية والندوات التي تعالج المشكلة من كافة محاورها بدعا بدراسة العوامل المسببة وبرامج الوقاية والكشف المبكر والتدخل العلاجي والتعليم والتأهيل والتدريب المهني والتشغيل والتوعية الإعلامية وتكرين رأى عام مساند لقضايا المعوقين وتشجيع ودعم النشاط الأهلي لضمان حقوق المعوقين.وفى إطار دعم البحث العلمي يقوم الاتحاد ببناء مركز المعلومات الخاص بمشكلات الإعاقة ويقوم الاتحاد بمتابعة ما يجري على الساحة المحلية والإقليمية والدولية من بحوث ميدانيه ومختبريه ومسحية ونقلها للجمهور والمتخصصين

العاملين في المجال عن طريق دوريته التي تصدر كل ثلاثة شهور وعن إصداراته المختلفة من الكتب والتقارير التي تضم بحوث وتوصيات المؤتمرات المختلفة التي يعقدها الاتحاد بصفة دوريه ويدعى إليها العلماء والمتخصصين والعاملين في الميدان والهيئات الحكومية والأهلية في مصر ودول الوطن العربي والهيئات الدولية.ولهنا ينقل الاتحاد إليهم وينشر في الوطن العربي نتائج البحوث هامش ما يجرى في أنحاء العالم من تطورات حديثه في مجالات العمل مع المعوقين لمسايره التطور العلمي وما يسفر عنه من كشوف مستحدثه- وعلى سبيل المثال التلوث البيئي كعامل مسبب للإعاقة والذي قد زاد الاهتمام به منذ أوائل السبعينيات- وكذلك ما يظهر من إعاقات لم تكن معروفة بالقدر الكافي على الساحة مثل إعاقات التعلم ومثل إعاقة الاوتيزم (التوحد) عن طريق النشر. وفى هذا الإطار تتناول النشرة الدورية معالجه مشكلة الاوتيزم وسوف على مشكلة التشخيص والكشف المبكر التي تعتبر المرحلة الأولى الممهدة للتدخل العلاجي لإعاقة الاوتيزم. وتعتبر عمليه التشخيص لحالات الأوتيزم من أكثر عمليات تشخيص الإعاقات المختلفة صعوبة وتعقيدا ويرجع السبب إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخرى من حالات الاوتيزم من جهة ولان بعض الأطفال- حتى غير المعوقين منهم- قد نجد في سلوكياتهم أو خصائص وسمات شخصيتهم بعضا من سمات طفل التوحد في بعض الأحيان ولفترات محدده رغم أنهم قطعا ليسوا كذلك ومن هنا كثيرا ما محدث

كعض الأخطاء الجسيمة حيث يحكم على الطفل بأنه يعانى من إعاقة التوحد بينما هو ليس كذلك مما يكون خطورة على مستقبل الطفل وآلاما لا حد لها لأسرته، وقد قابلت كاتب البحث حالات عده شخصت خطأ على أنها حالات توحد ولكنها لم تكن كذلك إنما كانت تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة أو إسبرجر أو تعانى من صعوبات تخاطب أو تأخر في الكلام أو حالات الانطواء أو الخجل الشديد إلى غير ذلك من الحالات التي تتشابه بعض إعراضها مع التوحد خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن إعاقة التوحد ، الاوتيزم قد تأخذ صورا متعددة. حيث أن التوحد مفهوم واسع متعدد الأشكال والدرجات (تماما مثل كلمه موالح التي تطلق البرتقال بأشكاله المختلفة واليوسفي والليمون الحلو أو مثل كلمة مفرقعات التي يقع تحتها عشرات الأنواع من بمب الأطفال والقنابل اليدوية والديناميت ودانات المدفع والصاروخ.. إلى القنبلة الذرية) هذا التنوع الكبير في خصائص ومستويات وأعراض وشده الإعاقة تزيد من صعوبات التشخيص الدقيق لحالات الأوتيزم وتزيد من احتمالات الخطأ في التشخيص، هذا ويزيد من صعوبة التشخيص عدم وجود اختبارات أو مقاييس مقننه للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وحتى الآن قد يخطئ الأطباء النفسيين فيشخصون الحالة خطأ ، أنها فصام أطفال بينما هي حالات اوتيزم ونخلص فيما يلي الفروق الميزة والتي تجعل من السهل التفرقة بينهما:

- فالفصام غالبا ما يظهر بين عمر ١٥ و ٣٠ سنة "بينما التوحد يظهر التوحد قبل عمر ٢-٣ سنين.
- الفصام يصيب الإناث والذكور على السواء بنما التوحد يصيب الذكور اكثر من الإناث (بنسبة ١:٤).
- في الفصام تظهر أعراض الهلوسه والأوهام التهيئوات Delusions, Hallucinations بينما لا تظهر في حالات الاوتيزم.
- مريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى أو غياب القدرة عن التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين بينما تعانى الغالبية العظمي من أفراد التوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين وغالبا ما يخلط من يستطيع أن يتكلم منهم في استخدام الضمائر فهو يعبر عن نفسه باستخدام "أنت"، وعن غيره باستخدام " أنا ".
- بينما يكثر مريض الفصام بالتعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته فان مريض الاوتيزم جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها.
- أطفال الاوتيزم يتجنبون التقاء العيون بينما من النادر أن يحدث هذا في حالات الفصام.

ولتوضيح ما قصدناه البند الأول وهو بدء ظهور بعض أعراض الاوتيزم خلال الشهور الثلاثين الأولى نذكر هنا بعض هذه الأعـراض التي يمكن ملاحظتها في الشهور الأولى في مرحله المهد حيث لا يتولد بينه وبين والدته أو من ترعاه أي رابطه عاطفية فهو لا يبتسم ولا يبدى فرحا بهز يديه ورجليه عند ما تقبل عليه لتداعبه أو تحمله كمـا يفعـل الأطفال العاديين،ولا ينظر أليها وقـد لا يـشعر بوجودهـا أو يبكـى لابتعادها عنه وعندما يمشى لا يتبع أمه من مكان لآخر كما يفعل الطفل السليم بل يمضى معظم وقته منغلقاً على نفسه في عالمه الخاص لا يهتم أو يشعر بما يجرى حوله ولا يبادر إلى اللعب مع الأطفال الأخريين بل ربما يتجنبهم في إطار من السلوك السلبي.هذا ولا تعنى هذه الأعراض أن سلبية وانغلاقه على نفسه سمه دائمة بل كثيرا ما يثور ويندفع فـي نوبات من الغضب والصراخ والعدوان على نفسه أو على الآخرين فقد يطرق رأسه في أ الحائط أو اللطم على الوجه أو يكـسر الأوانـي أو يلقيها على الآخرين ثم يهدأ فجاه.ومن هنا يتضح أن ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة يعتبر عنصرا أساسيا في تشخيص حالات الاوتيزم مع إجراء ،الفحوص الطبية اللازمـة علـى أجهـزة الـسمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي وعلى أجهزة الكلام لاسـتبعاد حـالات البكم العضوي كما يتطلب الأمر قياس مستوى الذكاء لتحديـد مـا إذا كانت الحالة مجرد تخلف عقلي فقط أو تخلف عقلي مصاحب لإعاقـة التوحد (حيث أن٩٠% من حالات التوحد يصاحبها تخلف عقلي خفيف

أو متوسط-أو شديد بينما ١٠% منهم على ذكاء عادى أو ربما عالي) أخذا في الاعتبار صعوبة تطبيق اختبارات الذكاء لكثير من حالات التوحد وخاصة الأجزاء اللغوية منها.هذا وقد تختفي أو تقل حده بعض الأعراض المذكورة أعلاه مع تقدم الطفل في السن وقد تظهر أعراض جديدة لم تكن قد ظهرت قبلا ولكنه مع هذا يظل منغلقا على نفسه لا تبدر عنه أي بادرة أو محاولة للاتصال بالآخرين وقد تنمو حصيلته اللغوية قليلا ولكن ببط ء شديد ويتعذر عليه تفهم الحديث أو التعبيرات الانفعالية على الوجه كما يقاوم أي تغيير في نمط حياته أو ملبسة أو ترتيب المكان الذي يعيش فيه وتتقل ثورات الغضب والسلوك العدواني وقد يستمر التحسن واكتساب ا مهارات لغوية أو اجتماعيه إذا بدأ تأهيله في سن مبكر. أو كان على مستوى ذكاء عادى أو مرتفع،والتباين في الأعراض المتعددة التي ذكرناها كبير بين أطفال إعاقة التوحد فهناك " اختلاف في مستوى الذكاء ونى شدة كل عرض من الأعراض المختلفة وفى درجة العزلة والانغلاق وحده ثورات الغضب وفى الحصيلة اللغوية والقدرة على الاتصال وفى درجه النمو الاجتماعي والمعرفي والنضج الانفعالي وهناك غ من أطفال هذه الفئة من هم على نشاط زائد Hyperactive منطوي قليل الحركة Hypoactive من هو عادى في نشاطه وحركته. كما أن نسبه الإصابة به تكون أكثر بين البنين عنها في البنات ولكن عندما يصيب الفتاه فأنه يكون غالبا أكثر شده وعنفا في أعراضه منها لدى الذكور. ولعل أول المعايير التي وضعت لتشخص

حالات التوحد هو تلك التي وضعها Kanner في عام ١٩٤٩للحكم على الحالة بأنها. حاله توحد وهى تنص على:

١- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

٢- التمسك الشديد لحد الهوس بمقاومة أي تغيير في الملبس أو المأكل أو السلوك أو عناصر البيئة المحيطة من حيث ترتيب الأثاث وغيره أو في روتين الحياة اليومية.

٣- مهارة غير عادية في الارتباط بالأشياء والتعاطف معها في نفس الوقت الذي لا يبدو عليه ارتباط أو انتماء إلى أي إنسان بما في ذلك أبوية وإخوته.

٤- رغم كل جوانب القصور التي تميز طفل التوحد أحيانا ما يأتي ببعض الأعمال التي تتميز بقدرات أو مهارات غير عادية كتذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة (حتى لو كانت كلمة أجنبية لا يتقنها) أو يقوم بعملية حسابيه صعبة أو يبدى مهارة في الرسم و الموسيقى أو الغناء ، بشكل طفرات فجائية لفترة وتنقض.

٥- حالات البكم أو ما يقرب منها أو قدرة لغوية غير مقصودة غير ذات معنى أو موضوع أو همهمة غير مفهومه لا جدوى منها في تحقيق الاتصال مع الآخرين.

حجم المشكلة:

هذا وبالنسبة لحجم مشكلة الاوتيزم فقد وأكد Kanner في كتاباته أكثر من مرة بأن انتشارها محدودا للغاية وأنها حالات نادرة ولكن الواقع أن تبريره أو تدليله على هذا الرأي لا يعتمد على أساس علمي ثابت أو دقيق فهو يبنيه على أساس انه في عام ١٩٥٨ وخلال ١٩ عاما من عمله في عيادته لم تصل عدد الحالات التي تقدمت للفحص إلا حوالي ١٥٠ حاله في قارة أمريكا الشمالية (١٦٥ مليون مواطن آنذاك) بمعنى أن هناك ٨ حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب النفسي التي يرأس أدارتها كانت هي المركز الطبي الوحيد الذي ذاعت شهرته في تشخيص حالات الاوتيزم وكان يقصدها أو يحال إليها الحالات المشتبه في أنها حالات اوتيزم وانه وجد في عام ١٩٦٢ أنه من بين كل عشرة حالات أحيلت إليه لم يثبت سوى أن واحدة فقط هي من حالات الاوتيزم المؤكدة. وخاصة وأن عدد الحالات التي ظهرت في دول القارة الأوروبية أو عشر حالات طوال العقد التالي لنشر Kanner لبحوثه وفق ما جاء في بحث مسحي نشره الطبيب النفسي الأوروبي فان كريفيلين Van Karevelen الذي كانت تحال إليه في عيادته اكثر من الحالات المشتبهة في أصابتها بإعاقة الاوتيزم كما أكده Knolloch & Kanner في كتابهما عن الأوتيزم وقطاع الطفولة الذي نشر عام ١٩٦١ أنه في بحثهما المسحي لعدد ١٠٠٠ حالة تمثل عينه كبيرة قاما بدراستها على أساس إصابتها بإعاقة الأوتيزم لم يجدا سوى ٤٠ حالة

فقط إصابتها مؤكدة وهما على اعتقاد أن العديد من الحالات التي تعانى فعلا من فصام الطفولة تشخص خطأ على أنها حالات، أوتيزم. ويبدو في رأيهما أن هناك ثلاثة عوامل مسئوله عن شيوع أخطاء في تشخيص حالات الاوتيزم وهى:

١- ندرة انتشار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق لها عن الأعراض الفعلية المميزة لهذه الإعاقة.

٢- الاعتقاد الشائع بأن العوامل المسببة للانحرافات السلوكية هي عوامل سيكولوجية عصابية والذي لا يتطابق تماما مع الأعراض التي حددها Kanner للمرض.

٣- غياب المرجع الدقيق لتشخيص أمراض الطب النفسي.

ولهذه الأسباب ظهرت أول محاولة علميه للوصول إلى تشخيص أكثر دقه للمرض من وضع العالمان Selain, yannet ثلاث معايير للتشخيص نتيجة بحوثهما المسحية لعدد كبير من الحالات في مقال يعرض تقرير البحث نشر في دورية ، بحوث الطفولة عام ١٩٦٠ وهذه المعايير هي:

١- اضطراب واضح في الشخصية يتميز بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي لآخرين.

٢- بدء ظهور إعراض المرض في خلال العامين الأول والثاني

من العمر.

٣- غياب القصور الحركي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهانيه الشديدة

هذا وقد ضمن تقرير بحث هذان العالمان وجود نسب مرتفعة من أفراد عينة البحث المصابين بالاوتيزم وصلت إلى ٤٢% يعانون من نوبات الصرع بينما كان Kanner قد وجد أن هذه النسبة نى. يحثه لم تزد عن ١%، كما لاحظا وجود العديد من الأعراض الجسمية مثل النزيف المخي cerebral hemorrhage والاستسقاء والتهاب الدماغ النخاعي Arrested macrocephalus وغيرها مما يشير إلى احتمالات إصابات أو تلف المخ كعامل مسبب لإعاقة الاوتيزم. هذا وقد أثار تمسك Kanner بأعراض ا لتوحد extreme Aloneness والإصرار على مقاومة التغيير اعتراضات هذان العالمان وغيرهما على أساس انهما من الأعراض اللازم أخذها في الاعتبار ولكنهما ليسا كافيين وحدهما للحكم على الحالة بأنها حالة اوتيزم، هذه الخلافات في وجهات النظر بشأن التشخيص قد حسمت بالتوصل إلى إعداد مقاييس أكثر دقة في الحكم على الحالة بأنها حاله توحد فقد اعد العالمان Spenser ، Polan مقياسا في عام ١٩٥٩ وهو checklist of Symptoms of Autism in Early Life وقد استخدم هذا المقياس بنجاح وشاع استخدامه منذ أوائل الستينيات وقام الباحث B. Rimland

باستخدامه عام،١٩٦ كأساس لأعداد اختباره الأكثر شيوعا والذي يتكون من ٨٠ سؤال يجيب عليها والد أو والدة الطفل حيث تختار إجابة واحدة لكل سؤال من عده احتمالات متعددة واستخدم كنجاح في معهد أبحاث الاوتيزم في سانت ييجو بولاية كاليفورنيا ومنذ ذلك التاريخ وهو يستخدم كأداة تشخيص في معظم أنحاء العالم. ومن الجدير بالذكر انه قد تمت ترجمته إلى العربية مع تعديلات محدودة بمركز سيتي- كاريتاس مصر حيث يستخدم في تشخيص حالات الاضطرابات السلوكية والأوتيزم، ويحتوى هذا الاستبيان على أسئلة تتعلق بنمو الطفل في مراحله المبكرة مثل "في أي عمر بدأ طفلك المشي وحده " (أو الاستفسار عن بعض السلوكيات ذات الدلالة المرضية اللازمة للتشخيص مثل: "هل يقوم الطفل بترتيب مكعبات أو بلوكات بشكل رأسي أو في صفوت منتظمة المسافات ويرفض أو يغضب أو يقاوم تغيير تنظيمها أو هدمها بواسطة الغير من الكبار أو الأطفال؟("هذا وقد قام Rimland بتجريب هذا الاستبيان مع أكثر من ٦٠٠٠ حالة أوتيزم من الأطفال وسجل نتائج التطبيق وكافة التحليلات التي قام بها على ديسكات الكمبيوتر لتكون عونا ومرجعا لغيره من الباحثين .

هذا وقد قامت باحثه أخرى تدعى Margaret Creak بإعداد مقياس تقدير آخر لتشخيص حالات الأوتيزم للأطفال دون سن الخامسة هو مقياس تقييم اوتيزم الطفولة The childhood Autism Rating

(CARS) Scale وشكرن المقياس من خمسة عشر قائمة بنتها الباحثة على أساس قائمه لتسعه محكات قياس كانت قد وضعتهما لتشخيص الأوتيزم عام١٩٦٤، وفى نطاق كل مقياس يمكن تقدير سلون الطفل إما في إطاره الطبيعي أو البعيد عن الطبيعي بدرجاته المختلفة وفق عمر الطفل. وتحدد الدرجة على المقياس عن طريق ملاحظة سلوك الطفل بالإضافة إلي قدرته علي أداء أعمال معينه وفيما يلي عرضا لجوانب السلوك أو الأعراض الخمسة عشر التي بنى عليها المقياس والتي يمكن استخدامها كخطوط عريضة لتعريف (تشخيص) حالات الأوتيزم والتي شاع استخدامها بواسطة المتخصصين والآباء للتشخيص المبدئي:

١- قصور في العلاقات الإنسانية.

٢- غياب القدرة على التقليد.

٣- قصور انفعالي عاطفي وجداني.

٤- سلوكيات شاذة في حركات الجسم والإصرار بالتمسك بأداء حركات نمطيه.

٥- التصاق غير عادى بأشياء أو أدوات غير آدمية. ٦- مقاومة محاولات إحداث أي تغيير.

٦- استجابات بصريه شاذة.

٧- استجابات سمعية شاذة.

٨- انطباعات حسية دقيقه.

٩- القلق Anxiety.

١٠-قصور الاتصال اللغوي.

١١-قصور الاتصال غير اللغوي.

١٢-قصور مستوى النشاط.

١٣-قصور الوظائف العقلية.

١٤-انطباعات عامه.

وتتفق وجهه نظر مار جريت كريك لحد كبير مع مبادئ التعريف والتشخيص التي نادت بها وتستخدمها الجمعية الوطنية لأطفال الأويتزم.

وفي عام ١٩٧٨قام ثلاثة من العلماء النفسيين المهتمين بإعاقة الأويتزم وهم، Krug, Arick, Almond ، بإعداد استبيان للتعرف على أطفال الاوتيزم راعوا فيها البساطة وسهولة الاستخدام والدقة في التشخيص والدرجة العالية للصدق والثبات وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال للأعراض التعليمية وقد قوبلت باستحسان كبير ولازالت تستخدم في دوائر التعليم الخاص وهى "استمارة فرز حالات الاوتيزم في مجال التخطيط التعليمي". Autism screening instrument for Educational planning (ASIEP) وسميت عام

Autistic Behavior checklist (ABC)١٩٨٨ وتتكون هذه الأداة من خمس أجزاء تستهدف تزويد المدرسين ومن يقومون بتخطيط البرامج التعليمية المناسبة لاحتياجات أطفال الاوتيزم بالمعلومات اللازمة لوضع تلك البرامج وتحتوى هذه الأجزاء الخمسة على ٥٧ من السلوكيات التي يجب ملاحظتها وتسجيل البيانات عنها وفيما يلي المجالات السلوكية للأجزاء الخمسة للاستمارة

١- تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل.

٢- تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار.

٣- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي

٤- تقييم القدرة على الاتصال

٥- تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

وكانت تجرى في نفس الوقت بحوث أخرى في جهات متعددة نتيجة الاهتمام الذي أثارته بحوث Kanner فعلى سبيل المثال قامت طبيبه الأعصاب مارى كولمان رئيسه مركز وعيادة الأطفال لبحوث المخ والجهاز العصبي في مدينة واشنطن نتيجة بحوثها على عدد من حالات الاوتيزم بتصنيف هذه الحالات إلى ثلاث فئات هي:

أ - حالات الاوتيزم التقليدية:

وتظهر أعراضها في مرحله الطفولة المبكرة (٢،٥ سنه) ولاتظهر عليها أي أعراض مرتبطة بتلف أو إصابات الجهاز العصبي كما تبدى تجاوبا ملحوظا وتحسنا في الاستجابة لبرامج التأهيل العلاجي بين عمر ٥،٧ سنين.

ب - حالات الفصام الطفولى بأعراض شبيهه للاوتيزم

وتتشابه هذه الحالات مع أعراض الفئة السابقة ولكنها لا تبدأ في الظهور إلا بعد الشهر الثلاثين من العمر مع ظهور إعراض طبيه عقليه أخرى خلال تلك التي حددها Kanner

ج - حالات الاوتيزم المخية العضوية

وهي حالات تبدو فيها بوضوح أعراض عضوية لإصابات المخ أو خلل التمثيل الغذائي Metabolic disorders أو نتيجة إصابات فيروسيه أثناء الحمل كالإصابة بالحصبة الألمانية أو قصور في الوظائف الحسية كالصم أو كف البصر أو العقلية كالصرع. ولقد أكدت مارى كولمان أن بعض حالات الأطفال التي شخصت على أنها أوتيزم وفق معايير Kanner قد تظهر عليها أعراض إصابات عضوية ،وبين هؤلاء الأطفال نلاحظ اختلافات متباينة كثيرة فيما يظهر عليها من أعراض كما يؤدى ارتفاع عمر الطفل مع الزمن إلى تباين وتغير كبير

في تلك الأعراض فقد لاحظ عدد من الباحثين تحسنا ملموسا في بعض أعراض الاوتيزم تزداد وضوحا مع نمو الطفل في العمر تجاوبا مع برامج الرعاية والتعليم والتأهيل فتقل ميولهم إلى العزلة وتتحسن قدراتهم على الاتصال اللغوي وغير اللغوي. ومع تفاوت هذه الأعراض ومدى تحسنها بين الأطفال مال الباحثون إلى الرأي القائل بان الاوتيزم ليس مجرد فئة واحدة بل يمكن تصنيفه إلى فئات متعددة تختلف أعراضها في النوع والشدة والقابلية للعلاج. ولاشك أن لها ارتباط أيضا بالعوامل المسببة التي كثيرا ما تكون أكثر من عامل واحد في كل حاله من الحالات وقد أكدت لورا وينج أخصائية عيادة الطب النفسي للأطفال بمستشفي جنوب لندن أن حالات التوحد –أوتيزم التى تكون نتيجة لعوامل عضويه عصبية تنتشر فيما بين ٣٠، ٥٥ % من حالات الاوتيزم وهذا هو من أهم العوامل التي تؤدي إلى صعوبات وخلافات عمليه التشخيص والتي ترتبت على تصور أن الاوتيزم هو فئة واحدة وهي نظرة ثبت خطؤها ،ومن المؤكد أفي حالات الاوتيزم تنقسم إلى فئات متعددة تتباين أعراضها والعوامل المسببة في كل من تلك الفئات، هذا وقد وجدت لورا ونيج أن حجم المشكلة ضئيل نسبيا حيث لم تجد فى منطقة جنوب لندن إلا ١٧ حالة بين أطفال المنطقة التي يبلغ تعداد أطفالها ٣٥٠٠٠ أي بمعدل ٥ حالات تقريبا في كل ١٠٠٠٠ طفل تحت عمر ١٥ سنه تظهر عليها كافه الأعراض التي حددتها Kanner كمحكات للتشخيص وأن من بين هنا التعداد يوجد ٥٧ حاله لأطفال لم

تظهر عليهم إلا بعض هذه الأعراض الشبيهة فقط بأعراض الاوتيزم وأن هذه الأعراض تتباين بشكل واضح بينهم ليس من حيث النوع فقط، بل من حيث درجة الشدة أيضا فعلى سبيل المثال من حيث التفاعل الاجتماعي تتراوح شده القصور في التعامل مع الآخرين بين العجز الكامل والعزوف عن أي مبادأة أو تقبل أي محاولة للاتصال والتعامل مع الآخرين (وهي حالات نادرة) إلى القدرة على الاتصال والتفاعل النشط مع أحد الأشخاص الراشدين المخالطين للطفل مع زيادة هذه القدرة مع النمو في العمر وتتدرج القدرة على هذا التفاعل بين هذين المستويين. كما توجد حالات من أطفال قد يعزفون عن المبادأه في الاتصال بغيرهم ولكنهم يتجاوبون مع مبادأه الآخرين من الزملاء أو المدرسين بل وقد يبدو وعليهم الاستمتاع بالمثيرات الحسيه في البيئة المحيطة.هذا ويمثل هذا التفاوت تشاهد درجات متباينة في اكتساب الحصيلة اللغوية والقدرة على العبير وتفهم الآخرين ما بين حالات عاجزة كل العجز تتدرج في التحسن إلى قدرة محدودة في التفاعل اللغوي وغير اللغوي. كذلك تتباين القدرة على التخيل واللعب الإيهامي وتفحص الأدوات في اللعب الرمزي. ولاشك أن التوسع في تشخيص حالات الاوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض أو اكثر من أعراض الاوتيزم المذكورة أنفا له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين ومن هنا تختلف بشكل واضح نتائج هذه المسوح وقد دلت المسوح التي تشتمل على

المعايير والمحكات التي وصفها Kanner على أن انتشار إعاقة الاوتيزم في أمريكا غالبا تكون في حدود، من ٤ إلي ٥ حالات بين كل ١٠,٠٠٠ طفل من الأعمار الأقل من ١٥ سنه بينما تكون في إنجلترا التي تستخدم معايير أكثر مرونة واتساعا تتراوح هذه النسبة بين ٢٠ إلي ٣٠ حالة من بين كل ١٠٠٠٠٠٠ طفل ولاشك في أهميه إجراء هذه الدراسات المسحية في مجتمعنا العربي حيث أنها معلومات أساسية في وضع السياسات واستراتيجيات العمل لمخططات ولبرامج الرعاية والتأهيل وتدرب الكوادر العاملة في المجال ، ولتوفير الاعتمادات المادية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها مواثيق حقوق الإنسان بصفة عامه والطفل المعاق بصفة خاصة التي أصبحت الآن تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع.

وبالنسبة لتعريف وتصنيف إعاقة الاوتيزم لازالت هناك حتى الآن بعض الخلافات بين الدوائر المهتمة بمشكلات الإعاقة فهناك من هذه الدوائر ما يرفض الاعتقاد السائد أن الاوتيزم يصنف تحت فئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة كما كان سائدا وبينما في الولايات المتحدة كان القانون الخاص برعاية المعوقين (رقم ١٤٢- ٩٤) يصنف حالات الاوتيزم تحت فئة الاضطراب الانفعالي الشديد حتى عام ١٩٨١.

أساليب تشخيص اضطراب التوحد:

يمكن التعرف على الأطفال التوحديين اعتباراً من سن الثالثة، فنجد من بين كل ١٠ آلاف طفل ما بين ١٥ - ٢٠ طفلاً توحدياً، كذلك لوحظ أن نسبة انتشار التوحد بين الجنسين هى ٣ أو ٤ من البنين إلى ١ من البنات. واختلاف تلك التقديرات تعزى إلى ثلاثة أمور:

١- الاختلاف فى دقة الإجراءات الإحصائية، وأولها النظام الذى يتبع فى أخذ العينات للفحص.

٢- الاختلاف فى دقة أساليب التشخيص المتبعة فى فحص الأطفال.

٣- مدى رغبة الدولة فى الإفصاح عم مشاكلها و "عوراتها" السكانية.

ويقوم أسلوب تشخيص هذا الاضطراب فى معظم دول العالم على الاستعانة بواحد أو أكثر من التخصصات الآتية: طبيب نفسانى/ طبيب أطفال تخصص أعصاب/طبيب أطفال تخصص نمو . أما فى الدول المتقدمة فيقوم أسلوبهم على تكليف فريق عمل متكامل بتلك المهمة، والفريق يضم التخصصات الآتية:

١- طبيب نفسى يدعمه مختبر تحاليل طبية، فحوصات السمع، تخطيط للمخ وتحليل إفرازات الغدد الصماء خاصة الغدة

الدرقية.

٢- أخصائى نفسى مزود بمجموعة اختبارات للذكاء والقدرات الخاصة.

٣- أخصائى تخاطب قادر على تقييم المستوى اللغوى للأطفال.

٤- أخصائى فى التشخيص التعليمى قادر على تقييم القدرات الاستيعابية الأكاديمية والمهارية بأنواعها.

وخلال عمليات التشخيص يتم الاستعانة بالأدوات الآتية:

أولاً- تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالى (٩٧) سؤالاً للآباء ضمن ما يسمى بالمقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview/ADI) تدور حول استطلاع المظاهر النمائية اللغوية والحركية للطفل محل التشخيص من سن ٢ حتى ٦ سنوات.

ثانياً- تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالى (٤٠) سؤالاً للمخالطين للطفل فى عامه الرابع لاستطلاع قدراته فى مجال الاتصال اللغوى والحركى والرمزى بالغير.

ثالثاً- قوائم للملاحظة المباشرة للطفل قبل السنة الثانية من عمره من وضع "وندى ستون "Wendy Stone/يستخدمها المخالطون للطفل خلال مراقبتهم له فى أنشطة كاللعب الحر، وقيادته

لدرجات أو سيارات الأطفال، ومظاهر انتباهه لما يجرى حوله من أحداث.

رابعاً- اختبار تقديم مستوى التوحد الذى وصل إليه الطفل المصاب به فعلاً، وهذا الاختبار من وضع " إيريك سكوبلر Eric/ Schopler"، ويقوم على ملاحظة الكبار له فى أنشطة: علاقته بالآخرين واستجابته لنداءات الغير، ومستوى اتصالاته الشفهية مع الآخرين، تعبيراته الجسدية لمحاولات الاتصال به، ومدى قابليته للتوافق مع ما يجرى من تغيرات فى أوضاع الأشياء وفى مجريات الأحداث من حوله.

خامساً- مقاييس مشتقة من المحكات التى تم عرضها فى الطبعة الرابعة (1994)من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسى."A.P.A"

الفصل السابع
اضطراب أكل الطين و التراب

تعريف اضطراب تناول الطين والتراب:

يقصد بهذا الاضطراب رغبة الطفل في تناول متكرر أو مزمن لمواد غير غذائية قد تتضمن : التراب ، الجص أو الجبصين ، الفحم ، الطين ، الصوف ، الرماد ، الدهان ، ... وقد تشاهد عند ٢٥ % من الأطفال و هو يبدأ عادةً بعمر ١ – ٢ سنة وقد يبدأ بعمر أبكر. يتراجع الوحم في فترة الطفولة عادة لكنه قد يستمر حتى المراهقة والبلوغ ، ويجب تمييز شهوة الطين التي هي اضطراب مزمن و متكرر عن رغبة الطفل العابرة في بدء المشي بوضع الأشياء الغريبة التي قد يجدها أمامه في فمه و هو أمر طبيعي بسبب رغبة الطفل في تذوق الأشياء ووضعها في الفم طبيعي عند بدء الزحف و المشي.

أسباب الاضطراب:

السبب الحقيقي لهذه الظاهرة غير معروف ولكن هناك الكثير من الأسباب تجعل الطفل يميل لتناول المواد الغريبة كالتراب والحوار والطين والدهان ... ، وأهم هذه الأسباب والعوامل المؤهبة هي :

١. فقر الدم: خاصة بسبب نقص الحديد.

٢. التخلف العقلي: كما عند المنغوليين.

٣. سوء التغذية عند الطفل والإهمال العاطفي للطفل من قبل الأهل.

٤. نقص التوتياء أو الزنك عند بعض الأطفال.

٥. فقر الوالدين والعائلة.

٦. حالات التوحد.

٧. الفصام عند الطفل.

٨. متلازمة كلاين ليفين.

٩. عند المصابين بأذيات دماغية.

١٠. عند الحوامل (خاصة عند وجود سوابق تناول مثل هذه المواد في الطفولة أو العائلة).

١١. عند بعض مرضى الصرع.

كما أن أكثر الأطفال المصابين يتناولون التراب والصابون والورق لتوفرها في كل مكان ، ويمكن أن يتناول الطفل أيضاً: الحصى أو الجص والحجارة الصغيرة، الخبز اليابس ، الأوساخ من الأرض ، وثفل القهوة و الشاي ، وأعقاب ومخلفات السجائر ، البراز ، الجليد ، الصمغ ، الشعر ، معجون الأسنان.

الاضطرابات المصاحبة:

- يعد الأطفال المصابون بهذا الاضطراب معرضين لخطر اكبر لحدوث التسمم بالرصاص خاصة عند تناول الدهان.

- الإصابة بالطفيليات (زحار ، جيارديا ، ديدان معوية...) عند تناول التراب.
- قد يتعرض الطفل لفقر الدم لنقص الحديد الذي قد يكون موجوداً أصلاً فيتفاقم.

التشخيص الفارق لهذا الاضطراب:

ليست كل حالات رغبة الطفل في تذوق الأشياء ووضعها في الفم طبيعي عند بدء الزحف والمشي فهي أمر طبيعي ويزول بسرعة ، أما في حالات التناول المتكررة و المزمنة فيجب مراقبة سلوك الطفل ، ورغبته الشديدة في تناول التراب مثلاً ، رغم الإصرار والتنبيه المتكرر على عدم فعل ذلك ، وهناك بعض الأطفال يختبئون عند تناول ما يزعج الأهل ! و يجب أن تستمر الحالة لمدة شهر على الأقل حتى يمكن القول أن الطفل يعاني من هذا الاضطراب ، وخاصة عند طفل عمره أكبر من سنة و نصف أو سنتين.

وأكثر الحالات تكون بسيطة و ناجمة عن فقر الدم ، و قد يطلب الطبيب إجراء تحاليل لمعرفة نسبة الحديد ورصاص الدم وفحص للبراز.

العلاج:

يجب تنبيه الطفل أن هذا التصرف غير لائق ، و تركيز المعالجة نحو معالجة السبب، في حال وجوده (غالباً فقر الدم...)، و في حال كانت الحالة مزمنة مع غياب سبب واضح يجب أن يخضع الطفل لتقييم نفسي و اجتماعي واستخدام إجراءات تشكيل السلوك للتغلب على هذا الاضطراب.

اضطراب العض عند الأطفال

Biting Disorders

يقلق الوالدين كثيراً عندما يلاحظوا أن طفلهم يميل لعض من حوله و عض الأشياء التي تقع بين يديه ، و يقلق والدي الطفل الذي كان ضحية العض بسبب خوفهم من الطفل الشرس الذي يعض وبسبب خوفهم من انتقال المرض ، والحقيقة أن العض هو تصرف غير مقبول حتى من الطفل و لكن لا يمكن للطفل أن يكون سيء النية ، ولابد من مساعدة الطفل و والديه للتغلب على هذه المشكلة.

ويكون العض شيئاً مألوفاً عند الأطفال الصغار ، وهو مصدر قلق للكبار أكثر مما هو للصغار أنفسهم ، و قد يعض الطفل كل من حوله وحتى الأشخاص الكبار ممن يهتمون و يعتنون به ، و يخيف هذا السلوك كل من حول الطفل وقد يسبب الألم للطفل الضحية ، ويمكن اختصار أهم أنواع العض عند الطفل في أربعة فئات:

١. **العض الاستكشافي**: أي أن الطفل يستخدم العض كوسيلة من وسائل استكشاف ما حوله و كل مل قد يصل فمه ، و هذا ما يلاحظ عند الأطفال في بدء المشي واكتشاف ما حولهم ، فيميل الطفل لوضع أو عض كل ما يصل الى يديه ، و يمكن تقليل ميل الطفل للعض في هذا العمر بالقول له: (لا ! لا تفعل ذلك لأن العض يؤلم)، و أن تكون حازماً مع الطفل في ذلك ، و يفيد

كذلك منح الطفل أشياء نظيفة و طرية ليعضها كالعضاضة الطبية.

٢. **العض الانفعالي:** قد يلجأ الطفل للعض أو الضرب لمن حوله عندما يجد نفسه في ورطة وغير قادر على حل المشكلة التي وقع فيها ويقل هذا الاضطراب عندما يتعلم الطفل كيف يلعب مع الآخرين ممن حوله ، و يمكن التخفيف من ظاهرة العض عن ما يلى: اجعل وقت اللعب قصيراً ، وضمن مجموعات قليلة العدد، وراقب الطفل عن قرب عندما يلعب ، وعندما يقوم الطفل بالعض خلال اللعب ، قل له : (لا ، لا تعض ، فالعض يسبب الألم ، وقم بسحب الطفل من الحالة والوضع الذي هو فيه ، وابق معه حتى يهدأ ، واشرح له كيفية حل المشكلة التي كان فيها بطرق هادئة.

٣. **العض من أجل تأكيد الذات والشعور بالقوة:** وهذا يحدث في الأوضاع التي يجد فيها الطفل نفسه بحاجة للشعور بأنه قوي ، وهذا النوع شائع بين الأطفال الأصغر سناً من بين الأخوة ، ويمكن التخفيف من هذا النوع من العض بتعزيز شعور الطفل بأنه محمي وليس في خطر ، وأنه لا يمكن لأحد أن يأخذه بعيداً، و أشرح سبب العض الذى يقوم به هو أكبر منه ويلعب معه وكيف يلعب بهدوء مع الصغير ، و عند تكرر الحالة أخبر

الطفل بألا يعض وأبعده عن الموقف الحاصل و أبق معه حتى يهدأ ، واشرح له أن هناك طرق أخرى لحل هذه المواقف غير العض.

٤. **عض الطفل بسبب التوتر** : و هذا يحدث عندما يكون الطفل تحت ضغوط عاطفية كثيرة ، كالفرح الزائد أو الانفعال الزائد أو الغضب أو بسبب شعوره بالألم و هنا لابد من معرفة السبب ومراقبة الحالات التي يعض فيها الطفل و ما هي محرضات العض عنده لتجنبها مستقبلاً ، وعند تكرر الحالة أخبر الطفل بألا يعض و أبعده عن الموقف الحاصل و أبق معه حتى يهدأ ، واشرح له أن هناك طرق أخرى لحل هذه المواقف غير العض.

اتجاه الكبار نحو سلوك العض:

لابد أن تكون هادئاً وحازماً في تعاملك مع الحالة كما سبق ، وقل لطفلك أنك غير موافق على تصرفه هذا ، و أبعده عن الموقف الذي هو فيه ، و أشرح له كيفية التعامل مع هذه المواقف ، و إذا فشلت في تدبير الحالة فلابد من عرضه على أخصائى نفسى

خطوات التعامل مع الطفل الذى يعانى من اضطراب سلوك العض:

- كن هادئاً وحازماً في تعاملك مع الطفل ، و قل لطفلك أنك غير موافق على تصرفه هذا ، وأن العض يؤذي الآخرين ، وأبعده عن الموقف الذي هو فيه.

- قل للطفل أنه إذا كان يشعر بالغضب مثلاً ، بأن يأتي و يخبرك بغضبه بدلاً من أن يعض من حوله.
- إذا كان عمر الطفل أقل من سنة و نصف ، فيضل منه لعبة نظيفة مخصصة للعض ليعضها.
- إذا أدركت الطفل قبل أن يعض ، فأمنعه من ذلك.
- إذا أصر الطفل على عض من حوله رغم ما سبق ، ألزمه بالبقاء وحيداً في الغرفة لخمس دقائق في كل مرة يعض فيها time-out, أو اسحب منه لعبته المفضلة لدقائق.
- لا تقم بعض طفلك إذا حصل و أن قام بعضك فالإنسان يميل لمقابلة العض بالعض فهذا يعزز فائدة فعل العض عند الطفل.
- لا تعض طفلك على سبيل المزاح ، فهذا يجعله يعتقد أن العض يمكن أن يكون جزءاً من اللعب.
- امنح الطفل المكافآت عند تخليه عن عادة العض.

الفصل الثامن
اضطرابات النوم عند الأطفال
Sleep disorders

اضطرابات النوم عند الأطفال

Sleep disorders

يكثر حدوث هذه الاضطرابات في فترة الطفولة وقد تكون عابرة أو متقطعة أو مزمنة في طبيعتها و يقدر معدل حدوثها بحوالي ٠,٢-١٠%.

وهناك ميل لدى الأطفال لخوض المشاجرات خلال فترة النوم. ويستعمل العديد منهم أثناء محاولة النوم دمية خاصة أو نوراً ليلياً. قد نجد لدى الرضع الذين يجدون في العادة صعوبة في ترسيخ طرز نوم ليلة منتظمة، صعوبة في الإرضاء وهيوجية ذات خواص مزاجية نوم ليلية منتظمة ، صعوبة في الإرضاء الذين يجدون في العادة صعوبة في ترسيخ طرز نوم ليلة منتظمة ، صعوبة النوم لديهم عن وجود قلق لدى الوالدين أو نزاع بينهما ، وقد يعاني الأطفال الأكبر سناً من مخاوف ليلية عابرة (من اللصوص ، أصوات الضجيج ، برق ورعد والاختطاف..) ذات أثر على النوم، وقد يعبر الأطفال عن تلك المخاوف بصورة علنية أو يقنعونها عبر تكتيكات هدفها في الغالب تأجيل موعد النوم، وقد يطلب الطفل الخائف النوم في غرفة الوالدين. أو يأتي إليهما بعد نومهما.

يعتبر عدم القدرة على النوم أو الفشل في المحافظة عليه أمراً قليل الشيوع في الطفولة فيما ينتشر حصوله لدى المراهقين . غالباً ما

يشارك قلق الفصل هذه المشكلة وقد يعتبر الأطفال بصورة لا واعية ورمزية النوم: بأنه ذلك الوقت الذي يحرمون فيه من حب واهتمام الوالدين، ولا شك أن ذلك القلق سيجد سبيله للتفاقم عند وجود صراع في الأسرة أو حدوث الطلاق أو انفصال الزوجين.

ترتبط مخوف وقت النوم غالباً مع حالات الفصل الطبيعية كالتحاق الطفل بمركز الحضانة أو روضة الأطفال، وعندما يترعرع الأطفال ويغدون أكثر إدراكاً للموت، قد يتلكؤون في الذهاب إلى الفراش خشية تعرضهم له ويكون هذا الأمر مبالغٌ به عند وجود وفاة حديثة لأحد أفراد الأسرة وقد يتم التعبير عن القلق الناجم عن أي من مجالات حياة الطفل(الأسرة ، الأقران، مستوى الأداء المدرسي..)على شكل اضطراب في النوم، كما قد يسبب الاكتئاب مشاكل ذات صلة بالنوم

النوم الانتيابي :

وهو اضطراب ينجم عنه عدة نوبات من النوم خلال النهار و الجمود والشلل ألنومي مع / أو هلاوس نُعاسية ، ولوحظ أن هناك تأهب وراثي ، وسجلت حالات قبيل البلوغ رغم بدئه عادة في سن المراهقة، ولا بد من الدراسات المخبرية للنوم لوضع هذا التشخيص بصورة قطعية. يقترح اللجوء إلى المعاجلة المحافظة للحالة عادة حيث تستخدم المنبهات لوسنات النوم النهارية ومضادات الاكتئاب للجُمدة .

يسجل حوالي (٧-١٥%)من الأطفال مشاكل تتعلق بـالكوابيس ويكون حدوث أحلام القلق خلال مرحلة الريْم REM (مرحلة النوم ذو الحركة السريعة للعين) إذ يستيقظ الطفل ويغدو صاحياً خلال وقت قصير، متذكراً عادة محتويات الحلم. تحدث الكوابيس بصورة أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الصبيان وتبدأ بالحوادث عادة قبل سن العاشرة، وهي شائعة خاصة عند أطفال لديهم قلق أو اضطرابات وجدانية.

نوبات الذعر الليلي :

تظهر حالات الذعر الليلي او الفزع الليلي عادة في سنوات ما قبل المدرسة، ويحدث الفعل الموقظ خلال المرحلة الرابعة للنوم وعادة عند بدء دورة النوم، ويكون الطفل فيها واضح التخليط وتَيْهاناً ، مبدياً علامات دالة على فعالية ذاتية شديدة(تنفس مجهد ، حدقتان متسعتان ، تعرق ، تسرع القلب ، وزلة). وقد يشكو من تظاهرات بصرية غريبة الأطوار ويبدو عليه الخوف واضحاً، وقد تحدث حالة السير النومي (المشي أثناء النوم) التي يكون الطفل خلالها عُرضة للأذية نظراً لانقضاء عدة دقائق عليه ليبدي اهتداء واضحاً، وعادة ما ينسى الطفل محتوى الحلم الذي سبب الفزع . تميل حالات الفزع الليلي للتراجع مع تلقاء نفسها وقد يكون لها صلة بصراع نوعي ذو صفة تطورية أو

بحادث رضي مؤهب خاصة مشاهدة الطفل لمواقف العنف الأسري أو مشاهد العنف في التلفزيون ، ويقال أن نسبة حدوثه لدى الأطفال (٢-٥%) ويعتبر أكثر شيوعاً لدى الصبيان منه لدى البنات، كما لوحظ وجود طراز عائلي لتطور حالات الفزع الليلي، وقد يكون للمرض المترافق مع ارتفاع درجة الحرارة دورا في حدوث نوب الذعر الليلي.

الكوابيس الليلية :

تحدث في أعمار مختلفة و يمكن تفريقها بسهولة عن نوب الذعر الليلي فهنا يشاهد الطفل حلما مزعجا يتلو ذلك حالة صحو تام و يستطيع الطفل تذكر الحلم و يحدث ذلك في النصف الأخير من الليل و يبدو الطفل خائفا بعد الصحو و يستجيب بشكل جيد للوالدين و لمحاولات إزالة الخوف و قد يجد الطفل صعوبة في العودة الى النوم و تزول أكثر حالات الكوابيس الليلية مع تقدم الطفل بالعمر.

المشي أثناء النوم :

يحدث المشي أثناء النوم أثناء المرحلة ٣ أو ٤ من النوم وذلك في (١٠-١٥%) من الأطفال بسن المدرسة وتختفي تلك الحالات العارضة مع بدء المراهقة بصورة طبيعية، ويغلب لها أن تترافق مع بول الفراش الليلي وقصة عائلية للسير النومي، وفيما يخص الحالات

النفسية المرضية يعتبر السير النومي لدى الأطفال جيد الإنذار مقارنةً مع مثيله لدى البالغين، لكن لا بد من نفي صرع الفص الصدغي عند حدوث المشي أثناء النوم عند الكبار ، و تكون المعالجة عادة داعمة ، كالتأكيد على سلامة الطفل وأن الوالدين متفهمان للحالة على أنها مسألة وقت ليس إلا ، المزيد حول المشي خلال النوم هنا.

العلاج:

يعتبر دعم الوالدين ، و التطمين والتشجيع أموراً بالغة الحيوية لتدبير اضطرابات النوم ومن الواجب ، تجنب سورات الغضب والإجراءات ذات الصيغة العقابية، وعلى الوالدين تبني مواقف صارمة مفعمة بالهدوء والتفهم مع السعي لجعل وقت النوم منتظماً وبوقت مُعلن مع الإقلال ما أمكن من التغييرات في وقت النوم، وعدم تشجيع الطفل على النوم في غرفتهما مع السماح للطفل المصاب بالذعر بالنوم في غرفة أحد أشقائه بصورة مؤقتة، ومن الأمور المطمئنة استخدام نور ليلي والسماح بترك باب الغرفة مفتوحاً. ينبغي أن تكون الفترة السابقة للنوم مريحة وهادئة وخالية من البرامج التلفازية المنبهة، وتعتبر الوجبات الخفيفة والحمام الساخن واللحظات العاقبة بالحنان من الوالدين ، سُبلاً نحو نوم هانئ ويميل بعض الأطفال للشعور بالنعاس إذا ما سمح لهم بقراءة كتاب محبب لديهم لدقائق قليلة بعد الاستقرار في السرير، وقد يفيد الـ Benadrly (Diphenhydramine)) كمركن لطيف. و

من الأمور المهمة تجنيب الطفل المصاب بنوب الذعر الليلي لمشاهدة المشاجرات او الحوادث العنيفة او البرامج التلفزيونية المخيفة أو الحيوانات المخيفة قبل النوم و خلال النهار وأما خلال نوبة الذعر الليلي فيجب على الوالدين التحلي بالصبر و محاولة تهدئة الطفل مع الانتباه إلى انه قد لا يدرك ما يقوم به من تصرفات خلال هذه النوبة.

أكثر الأطفال المصابين بالكوابيس الليلية يستجيبون لمحاولات التهدئة بعد أن يصحو من النوم بعكس نوب الذعر الليلي و يجب تفهم القلق الكامن خلف الكوابيس المستمرة وتقديم الدعم اللازم للطفل سعياً وراء تدبيرها ، كما تعالج حالات الفزع الليلي بالطريقة نفسها. تم استخدام مركبات الـBenzodiazepine ومضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقة بسبب كبتها للمراحل ٣أو ٤ للنوم دون وجود دراسات تثبت فائدتها بشكل ناجح في حالات الفزع الليلي. ولا بد من التأكيد على أهمية الدراسات المخبرية للنوم والفحص السريري في تقييم اضطرابات النوم.

اضطراب التجوال أثناء النوم عند الأطفال

Sleep walking

يقصد بذلك قيام الطفل بالمشي و هو نائم بشكلٍ جزئي ، أي أن الطفل الذي يمشي و هو نائم يكون لديه حالة من الصحو الجزئي ، و قد يقوم بتصرفات أخرى غير النوم و دون أن يتذكر ذلك لاحقاً في اليوم التالي.

والسبب الحقيقي غير معروف ، وقد يكون هناك استعداد وراثي للحالة , وقد تتفاقم الحالة بسبب التعب و نقص النوم والقلق وارتفاع حرارة الطفل) , حالات المشي خلال النوم عند الكبار قد تكون بسبب الأدوية والكحول وبعض حالات الصرع.

أعراض اضطراب التجوال أثناء النوم:

تختلف هذه الأعراض من طفلٍ لآخر ، فقد يجلس الطفل في فراشه ، ومن ثم يقوم ببعض الحركات بشكلٍ متكرر ، مثل فرك العينين ، أو مسك الأغطية و تحسسها , و قد يغادر الطفل سريره ويتجول في الغرفة و قد يتكلم ، و قد يبدو عليه الذهول , و تكون حركاته و كلماته بطيئة أو خرقاء ، و تكون العينان مفتوحتان ، و لا يجيب الطفل على من حوله عند التحدث إليه ، والبعض يمكن أن يقوم بأعمال دقيقة : مثل

لبس الملابس و الذهاب الى الحمام ، و قد تستمر الحالة من ثواني الى ثلاثين دقيقة.

كيفية التعامل مع الحالات المضطربة:

إن أهم ما يجب فعله هو الحيلولة دون وقع أذى للطفل خلال مشيه ليلاً ، و يكون ذلك بإزالة كل الأجسام الخطيرة من حوله : زوايا حادة ، أجسام قاطعة و حادة ، سقوطه من على الدرج ... ، و لذلك يجب ترك باب غرفة الطفل مغلقاً أو مقفولاً ، و يفضل ترك الطفل ينام في الطوابق الأرضية و بعيداً عن المخاطر ، كالسلالم , وأحواض المياه، والأدوات الساخنة.

وعند رؤية الطفل وهو يمشى أثناء الليل قم بقيادته بهدوء إلى سريره ، دون ضجة ، ولا تحاول إيقاظه و تأنيبه ، ولا تحاول هزّه ليصحو ، ولا تحاول أن تسبب له الإحراج و الخجل في اليوم التالي.

وأكثر الحالات لا تخفي خلفها أي أمراض نفسية أو اضطرابات عاطفية. وتكون حالات عارضه وتختفى بعد ذلك بزوال الأسباب.

علاج التجوال الليلى:

أكثر الحالات تشفى دون الحاجة للتدخل العلاجي ، و إذا استمرت الحالة لفترة طويلة ، قم عندها باستشارة طبيب الأطفال ، الذي

سيقيم حالة الطفل ، و سيطلب منك وضع جدول لمراقبة نوم الطفل ، و قد يصف دواء مهدئ للحالات الشديدة ، و يفيد ترك الطفل يمشي لمدة ١٥ دقيقة قبل النوم في تخفيف الحالة.

كما يمكن استخدام العلاج السلوكى عن طريق المعززات وتشكيل السلوك أو باستخدام فنيات التحليل النفسى لتفريغ الشحنات الانفعالية الداخلية لديه.

اضطراب بكاء الأطفال خلال النوم

while sleeping crying

هناك أسباب كثيرة للبكاء عند الطفل خلال النوم خاصة الأطفال الصغار ومنها:

- الجوع.
- إلباس الطفل الكثير من الملابس.
- تغيرات درجة الحرارة.
- توسيخ الفوطة.
- المغص.
- السعال و هنا قد يكون السعال بسبب الربو أو التهاب الجيوب إذا كان مزمناً.
- ضخامة اللوزات و هنا يستيقظ الطفل بسبب صعوبة التنفس ويحاول تغيير وضعية نومه.
- آلام النمو وهي آلام في الطرفيين السفليين تنجم عن كثرة حركة الطفل خلال النهار.

- قلق الانفصال عن الأهل و تظهر هذه الحالة في نهاية السنة الأولى عندما يبدأ الطفل بالنوم لوحده
- الفلس المعدي ألمريئي أي عودة الطعام إلى المرئ عند الأطفال المصابين بهذه الحالة.
- ديدان الحرقص وهنا تترافق مع حكة شرجية ليلية ، حيث ينام الطفل ثم يصحو فجأةً
- التهابات الأذن الوسطى.
- أحيانا بزوغ الأسنان بسبب الألم.
- بسبب مشاهدة الطفل للمشاهد المزعجة.
- الكوابيس الليلية خاصة بعد مشاهدة الطفل لمواقف العنف ومشاهد العنف في التلفزيون

أحيانا لا يكون هناك سبب واضح.

الفصل التاسع

اضطراب مص الإبهام عند الطفل

Thumb sucking disorder

اضطراب مص الإبهام عند الطفل

Thumb sucking disorder

بشكل عام تعتبر هذه العادة أمراً طبيعياً عند الأطفال، و حتى الجنين في بطن أمه قد يمص إبهامه. و قد يكون سبب هذه العادة قلق نفسي أو حرمان عاطفي عند الطفل و قد لا يكون هناك سبباً واضحاً ، و لهذه العادة أثر مهدئ للطفل ،و أكثر الأطفال يتخلون عن هذه العادة بعمر ٦ إلى ٧ أشهر ، و قليل من الأطفال تستمر عندهم حتى عمر ٧ أو ٨ سنوات.

تعريفه :

عندما يولج الطفل إبهامه في فمه تنغلق عليه الشفتان وتتلو ذلك حركات مص من الشفتين والوجنتين واللسان ويكون الإظفار عادة إلى أسفل وفي الغالب ما تحك يد الطفل الأخرى جزءً من الجسم كالأذن أو الشعر أو شيئاً آخر كالغطاء وبالرغم من انتشار مص الإصبع بين أبناء السنة والسنتين فإن هذه العادة ستضمحل تدريجياً مع نمو الطفل وقلة من الأطفال تستمر عندهم هذه العادة إلى سن المراهقة والشباب ويكون عدد البنات يتجاوز عدد الأولاد بين ماصي أصابعهم.

أسباب حدوثه:

١. الميل القوي للمص عند الصغار وهناك أدلة على أن بعض الأجنة تمص أصابعها وهي في الرحم .

٢. الإحساس بالسعادة والدفء والرضا و المتعة عند مص الأصبع.

٣. المص ممارسته تمنح الطفل الراحة والاسترخاء.

يعرف جميع الناس الأثر المهدئ للمصاصة (الثدي الكاذب) في الطفل والذي يلجأ إلى مص الأصبع عندما يخاف أو يجوع أو ينعسوا عندما تكون حاجة لممارسة متعة ما وبالتدريج يتوقف هذا السلوك تلقائياً مع نمو الطفل وعند تعرفه على مصادر بديلة للشعور بالأمن والمتعة.

والأطفال الذين يمصون إصبعهم أقل قلقاً وأقل اضطراباً عاطفياً من غيرهم.

الآثار المصاحبة له:

ظل أطباء الأسنان يحذرون من النتائج السيئة التي يتركها مص الإبهام على عظام الفك وتشوه الأسنان وصعوبة المضغ والتنفس وتشوه الوجه نفسه.

ويؤثر عمر الطفل ومدة المص وشدته ووضع الفم في إمكانيــة خلق المشاكل في الأسنان والمص يؤدي إلى ضغط على سقف الحلــق وعلى الأسنان الأمامية وعلى الأمامية التحتية مما يدفع الأسنان العلوية إلى البروز إلى الخارج والسفلية إلى الداخل فيضيق سقف الحلق.

لن تكون هناك أثار سيئة في العادة لو انتهى المص قبل ظهــور الأسنان الدائمة، فعندما يتوقف المص قبل سن الخامسة وظهور الأسنان الدائمة فإن تشوه الأطباق (الأسنان والحلق) يصلح نفسه بنفسه، ولكــم يزداد الخطر إذا استمرت عملية المص بعد سقوط الأسنان اللبنية ويؤدي إلى إحداث عدم توازن دائم في عضلات الفك، فيتشوه الفك طوال مــدة نمو الطفل.

والماص لأصبعه أثناء هذه العملية يكون أقلاً مــيلاً الاســتجابة حتى أنه لا يستجيب لنداء السائل لو ناده باسمه ذلك لأن الطفــل أثنــاء المص ينقطع عن العالم الخارجي ويغرق في الأحلام، حتى أن الــتكلم معه لا يجدي وتزداد هذه الحالة عندما يسخر مــنهم أطفــال آخــرون خاصة إذا كانوا أصغر سناً منهم.

والطفل فى عمر ٥ سنوات فما فوق: و هو العمر الذي تبدأ فيه هذه العادة بالتأثير على شكل الأسنان و على الحنك الرخــو ، و هــو العمر الذي يبدأ فيه الطفل أيضاً بالشعور بالخجل من تعليقات ممن حوله حول هذه العادة !

العلاج :

يطبق العلاج للأطفال في سن ما فوق ٥ سنوات فقط ، يجب إزالة كل أسباب التوتر و القلق النفسي عند الطفل ، ويجب تهيئة الطفل للمعالجة بحيث يكون راغباً بالتخلص من هذه العادة.

ونبدأ المعالجة بتطبيق أداة لطيفة على أصبع الطفل لتذكيره بعدم مص إبهامه ، (مثل وضع لصاقة طبية على الإبهام)، و إذا لم تفلح هذه الوسيلة و إذا لم يستجب الطفل لذلك نقوم بوضع أداة تنبيه أكثر قساوة على الإصبع مثل قطعة بلاستيكية غير حادة ،و إذا فشلت كل الطرق السابقة يقوم طبيب الأطفال بتطبيق ما يشبه الجبيرة أو الرباط الرباط الطبية على مفصل المرفق لمنع الطفل من إيصال إبهامه إلى فمه ، ويجب شرح ذلك للطفل و إيقاف المعالجة إذا سببت أي قلق للطفل.

في الحالات الشديدة و المعندة : يقوم طبيب الأسنان بتركيب جهاز خاص في فم الطفل للحد من تشوه الأسنان والفكين و هذا الجهاز سيمنع الطفل أيضاً من الاستمتاع بمص إبهامه وستزول عندها العادة.

اعتبارات هامة:

١. لا فائدة من توبيخ و معاقبة الطفل فعلى العكس قد يتمسك بعادته أكثر !

٢. أكثر الأطفال يتركون هذه العادة لوحدهم.

٣. إذا كان عمر طفلك أقل من ٥ سنوات أتركه ولا تحاول علاجه و تجاهل الأمر تماما.

٤. عند المعالجة يجب التركيز على أوقات النهار أولاً . ولابد من الأخذ في الاعتبار عند القيام بالعلاج بأن ذاكرة الطفل تصبح دائمة من عمر ٤ إلى ٥ سنوات فما فوق.

هل يقوم طفلك بمص إصبعه؟ أم أنه متعلق باللهاية؟ إذا كان كذلك فلا تقلق فهذه عادات طبيعية عند الأطفال و لها تأثير مهدئ للطفل، و كل الأطفال يشعرون بالحاجة لمص شيء ما خاصة في مرحلة الرضاعة.

اضطراب مص الأصابع عند الأطفال :

تعتبر هذه العادة أمراً طبيعياً عند صغار الأطفال ، وأكثر الأطفال يتركون هذه العادة بعمر السنة ، و تصبح هذه العادة مصدراً للقلق و يجب علاجها إذا استمرت حتى عمر ٦ سنوات أو أكثر !عندما تؤثر على شكل فك الطفل و أسنانه و هو العمر الذي يبدأ الطفل فيه بسماع و إدراك انتقاد من حوله له لقيامه بهذه العادة و هذا بحد ذاته قد يجعل الطفل يقلع عن هذه العادة ، و لكن مهما كان عمر الطفل فعند ملاحظتك لأي تغيرات في شكل قبة الفم أو اتجاه أسنان الطفل وعندها

يجب استشارة طبيب الأطفال . و لمعرفة المزيد حول عادة مص الإبهام اذهب إلى هذه الصفحة :

التعلق باللهاية:

يشعر الكثير من الأهالي بالقلق حول تعلق ابنهم بوضع اللهاية في فمه و البعض يرفض إعطاءها للطفل بسبب منظرها أو آخرون يعتقدون بأنها ضارّة ، و كل ما سبق غير صحيح ، ولا تسبب اللهاية أية مشاكل جسدية أو نفسية للطفل ، فإذا كان طفلك يرغب بوضع اللهاية في فمه خراج أوقات الرضاعة و كان عمره صغيراً فلا مانع من ذلك لأن اللهاية تستخدم لتهدئة الطفل الرضيع النزق و المتململ و كثير البكاء ، و لا يؤدي استخدام اللهاية إلى فطام الطفل عن ثدي أمه. و على جميع الأحوال اترك الطفل يقرر لوحده استخدام أو عدم استخدام اللهاية ، و يحتاج بعض الأطفال للهاية لكي يناموا ، والمشكلة أنهم قد يستيقظون إذا سحبت اللهاية من فمهم .

الخطوات الواجب اتباعها لتهدئة الطفل:

١. إذا كان طفلك يبكي كثيراً حاولي أولاً أن ترضعيه ، وإذا لم يكن جائعاً قومي بحمله و هزه ، فالحركات اللطيفة والمتكررة تركن الطفل.

٢. أسمعي الطفل موسيقى هادئة ،أو أسمعيه أغنية قصيرة ، و لكن ليس من التلفزيون ، و على العكس يجب إطفاء التلفزيون عندها ، و تجنب الأصوات العالية .

٣. إذا لم يفلح ما سبق في تهدئة الطفل ، ضعي الطفل في حمام ماء دافئ مع إجراء مسّاج لظهره و أطرافه .

٤. أبعد كل ما هو صارخ من حول الطفل مثل الألوان الزاهيـــة أو الألعاب .

اعتبارات هامة عند استخدام اللهاية:

١. يجب أن تكون اللهاية آمنة مؤلفة من قطعة واحدة ولهـــا حلمـــة طرية .

٢. يجب أن تكون اللهاية قابلة للغسيل المتكرر و الغلـــي و يجـــب القيام بذلك لأكثر من مرة في اليوم .

٣. لا يجوز استخدام حلمة زجاجة الإرضاع كلهاية بـــسبب خطـــر استنشاقها من قبل الطفل .

٤. في حال وجود تغير في لون اللهاية أو ظهور تصدعات فيهـــا ، يجب تغييرها .

٥. لا يجوز إعطاء الطفل الجائع اللهاية بدلاً من الحليب و تعطى فقط بعد الرضعة.

٦. لا تترك الطفل ينام و اللهاية في فمه إلا إذا كنت بجانبه .

٧. لا يجوز ربط اللهاية في عنق الطفل أو ربطها بسرير الطفل ، لأن هذه العملية خطيرة جداً و قد يلتف خيط اللهاية و يخنق الطفل و قد سجلت حالات وفاة بهذه الطريقة !! و أفضل مكان لربط اللهاية هو قميص الطفل في منطقة الصدر بخيط وحيد و ليس مزدوج و غير طويل لكي لا يلتف حول عنق الطفل .

٨. يجب أن يكون عرض القطعة البلاستكية المحيطة بالحلمة أكثر من ٤ سم لكي لا تدخل كامل اللهاية في فم الطفل و يجب أن تحتوي هذه القطعة على ثقوب للتهوية .

٩. يجب أن يكون قياس اللهاية مناسباً لعمر الطفل و هناك مقياسان لمن هم دون الـ ٦ أشهر ولمن هم فوق الـ ٦ أشهر.

١٠. هناك عدة أشكال لحلمات اللهايات و كل طفل يناسبه شكل معين .

علاج التعلق باللهاية؟

يتخلى أكثر الأطفال عن اللهاية لوحدهم عندما يكبرون و أول ما يترك الطفل اللهاية أثناء النهار و أخيراً أثناء الليل ، و غالباً ما يكون ذلك بعمر ٥ – ٦ سنوات، و الخطوة الأولى في التخلص من اللهاية هي تجاهل الأمر!! و سيترك الطفل اللهاية مع الوقت ، ولا تقم بتوبيخ

الطفل أو معاقبته لأن علاقتك به ستسوء و يتمسك باللهاية أكثر فأكثر ، و إذا كان عمر الطفل أكثر من ٣ سنوات فقد يدل تعلقه باللهاية على ضجره و ملله و هو يلجأ للهاية لتخفيف هذا الملل! و هنا عليك بشد الطفل إلى هوايات أخرى يجدها هو ممتعة له ، مع استخدام المكافآت لكل مرة ينجح فيها بالتخلي عن اللهاية لفترة أطول ، ويفيد كذلك تنبيه الطفل بشكل لطيف لضرورة ترك العادة و تصميم جدول لمتابعة تحسن حالة الطفل من حيث تحسن فترات ترك اللهاية.

وإذا فشلت كل محاولات ترك اللهاية و تقدم الطفل بالعمر فقد يخفي ذلك اضطراب عاطفي أو توتر نفسي شديد عند الطفل و قد يجد الطفل ما يريحه بمص اللهاية! و عندما يصبح للطفل أصدقاء قد يترك هذه العادة خاصة مع بداية المدرسة بسبب تعرضه للانتقاد من قبل رفاقه و قد يلجأ أيضاً لوضع اللهاية في الخفاء لكي لا يراه أحد و لكن هذا مؤشر جيد على قرب تحسنه ، و تذكر أن الكثير من الأطفال يستمرون بمص الإبهام أو اللهاية قبل النوم لفترة قبل أن يتخلصوا منها نهائياً ، و تذكر أيضاً أن ممارسة الكثير من الضغط على الطفل لترك اللهاية أو مص الإبهام قد يسيء لحالة الطفل النفسية أكثر من فائدة هذا الضغط و أنه سيتخلص من عادته مع الوقت .

الطرق البديلة للتغلب على اضطراب مص الأصابع:

١. **إعطاء مصاصة كبديل** : وهذه تستخدم كبديل ناجح، وعادة يقلع الأطفال عنها ببلوغهم سن الثالثة، ولكن ذلك لا يحدث في حالة الإبهام، ويؤدي إلى تشوه أقل منه في حالة الإبهام، حيث أنه يعتقد أنها قد تصحح تشوه الإنغلاق عند الأطفال.

٢. **التسامح** : فلا يحدث الأبوان ضجة في حالة مص الطفل لإبهامه وهو صغير دون الرابعة، لأنه عادة يقلع عنها بعد هذا السن.

٣. **توفير الأمان** : كلما شعر الطفل بالأمان قلت حاجيته إلى البحث عن الراحة بمص إبهامه لأن أي مصدر للتوتر يجعل الطفل يبحث عن الأمن والذي قد يكون بمص إبهامه وبالتالي توفير جو من الراحة والأمان يساعد في الوقاية من هذه العادة.

٤. **إطالة مدة الرضاعة:** إذا كان الطفل يمص إبهامه فور انتهائه من الرضاعة فيستحسن إطالة مدة الرضاعة ويتضمن ذلك إطالة فترة الرضاعة وتأخير الطعام.

التعديل السلوكى لهذا الاضطراب:

١. **التجاهل:** ذلك للأطفال دون سن السادسة، لأن معظمهم يقلعون عن هذه العادة تلقائياً ولأن المبالغة في مكافحة هذه العادة تزيد

في تعقيد المشكلة وتضخمها، وعلى ذلك فإن من الأفضل إتخاذ موقف متسامح حتى يشعر الطفل أن المص قضية غير مهمـــة، وأظهر حبك له والتفاهم الواسع، وخفف من توتره، ولا تلجأ إلى إجراءات تأديبية عنيفة حتى لا يؤثر ذلك على نفسية الطفل.

٢. **التوجيه:** من المفيد أن يعلم الطفل مخاطر هذه العادة، ويطلـــع على النتائج السلبية لها، فيطلب من والديه التعاون معه للتخلص منها.

٣. **الثواب والعقاب:** لقد أثبت الثواب جدواه، سواء أكان مـــديحاً أم هدايا تقدم للطفل، وتعتبر المأكولات بديلاً عن المص وهي نوع من الفطام عنه، فيستحب مكافأة الطفل كلما وجد اصبعه جافـــاً، وتعديد أشكال الثواب، بالإضافة إلى جدوى وجود عقوبة بسيطة لكل مرة يضبط فيها الطفل وهو يمص إبهامه، كحرمانــــه مـــن بعض الحلوى أو إغلاق التلفاز مثلاً .

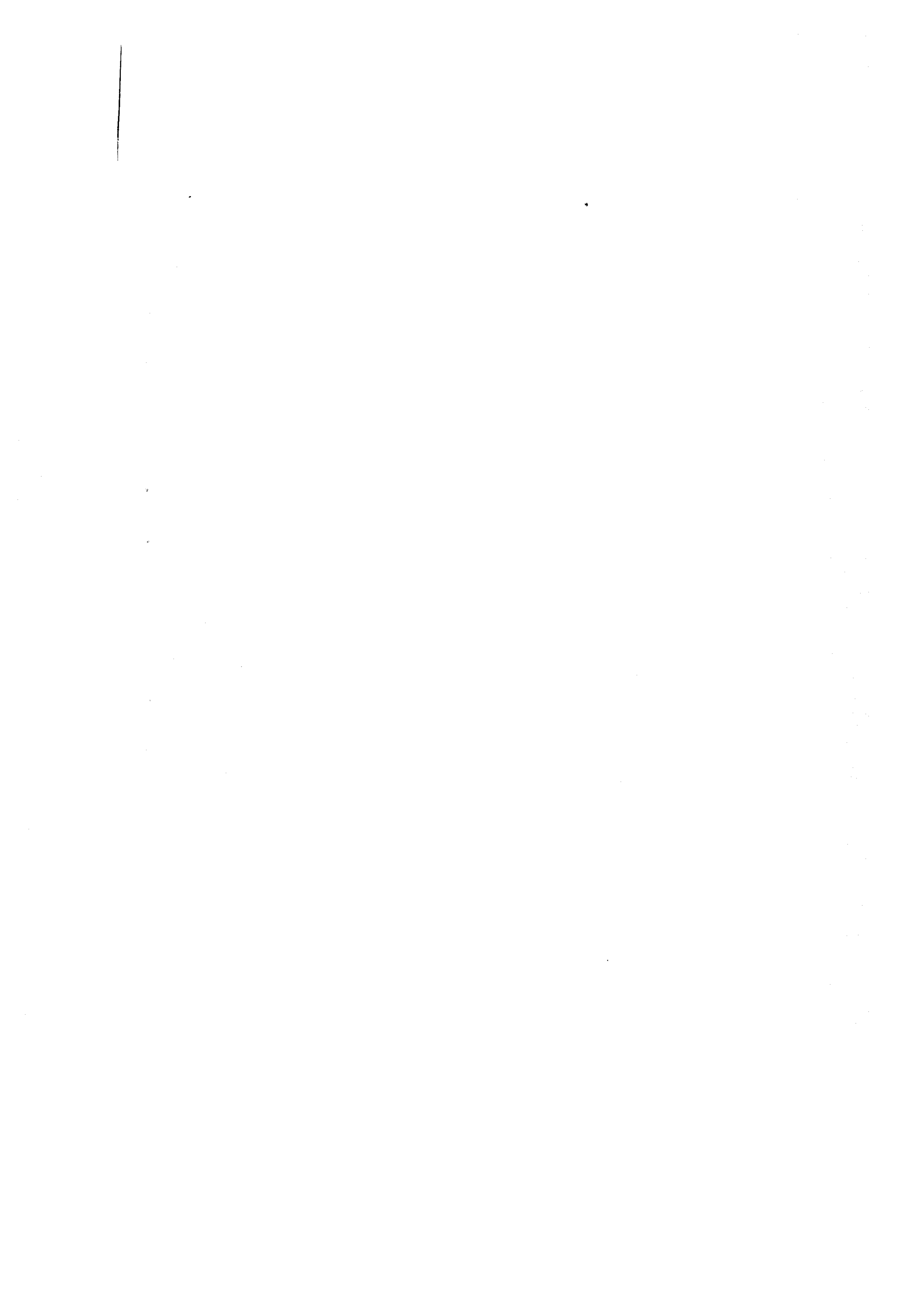
وهناك أساليب أخرى يفضل أن تقترن بإجراء الثـــواب والعقاب منها :

- **التذكير** : تذكير الطفل بوقف المص كلما قام بذلك
- **الحرمان:** حرمان الطفل من شيء مفضل لديه

- **الاستجابة المنافسة:** وذلك بأن يعلم الطفل أن يقوم بأعمال أخرى بنفس اليد عندما يشعر بحاجته للمص

٤. **أجهزة تركب على الأسنان:** وهي من أنجح السبل لإيقاف المص وهو جهاز يوضع على سقف الحلق فيمنع تلامس الإبهام مع سقف الحلق.

الفصل العاشر
الاضطرابات الجنسية عند الأطفال



أولاً: العادة السرية *childhood masturbation*

العادة السرية عند الرضع أو الاستمناء ، هي حالة ليست قليلة المشاهدة كما يعتقد الكثيرين و لكن من الصعب التفكير فيها وتمييزها! وأهم ما في الأمر أنها مرحلة طبيعية من مراحل اكتشاف الطفل لجسده ولنفسه وهي غير مثير ة للقلق خاصة عندما تكون عرضية وبشكل متقطع ويجب أن تعلم أنها تجلب الراحة للطفل في أكثر الأحيان!!

تعريف العادة السرية :

تعريف العادة السرية ببساطة هو "الإثارة الجنسية للشخص بنفسه ومن أجل متعته ."

هذه المتعة تتم بوسائل كثيرة ووسائط متعددة مثل الحك أو التدليك أو العصر أو الاهتزاز، كل هذا للأعضاء التناسلية بالطبع، ولكن من الممكن أن تحدث الإثارة عن طريق مثل هذه الوسائل لأعضاء أخرى غير الأعضاء التناسلية مثل الثديين والجانب الداخلى للفخذ أو فى بعض الأحيان الشرج.

يستخدم علماء الجنس هذا المصطلح للإشارة إلى هذا الفعل بدون النظر إلى النتيجة، أى انه ليس بالضرورة أن تؤدى هذه الإثارة الجنسية إلى قذف حتى نطلق عليها لفظ العادة السرية، هذه نقطة هامة لابد أن نتفق على مفهومها قبل الخوض فى مناقشتها بالتفصيل.

هناك نقطة أخرى هامة هى أننا سنحاول التركيز فى عرضنا للعادة السرية كنشاط ذاتى فردى وليس مع شريك آخر، لأنه من الممكن فى العلاقة الجنسية بين طرفين وأثناءها أن يحدث ما يشبه العادة السرية التى أحياناً تستخدم كعلاج.

العادة السرية من الممكن أن تبدأ منذ الطفولة، وتشمل الجنسين الرجل والمرأة على السواء، وهى توجد أيضاً فى مراحل كثيرة من سلم المملكة الحيوانية، فقد لاحظ العالمان "فورد وبيتش" ١٩٥١ هذا السلوك فى أنواع كثيرة من الحيوانات مثل "القردة العليا" و"النسانيس" التى تفعل ما يشبه العادة السرية .

لاحظ العالمان أيضاً وجودها وممارستها بواسطة بعض الثدييات الأخرى، وفى بحثهما نقرأ" :ذكور الأفيال فى بعض الأحيان تداعب قضيبها شبه المنتصب بواسطة جذعها، وذكور الكلاب والقطط تلحس عادة عضوها لتحدث انقباضات قوية فى منطقة الحوض مما يثبت التأثير الجنسى لهذه المداعبات، وقد لاحظنا أيضاً هذه الممارسات فى الدولفين ."

وبالرغم من محاولة هذين العالمين "فورد وبيتش" إضفاء الطبيعية على هذه العادة إلا أنهما لاحظا أن معظم المجتمعات الإنسانية تدين هذا السلوك وتعتبره غير مرغوب فيه .

أصل كلمة: Masturbation اجتار علماء اللغة فى أصل كلمة العادة السرية MASTURBATION وبحثوا فـى جـذرها اللغـوى فوجدوه غير واضح وانقسموا إلى فريقين، الفريق الأول أرجع الكلمـة إلى الأصول الرومانية، والثانى أعاده إلى الأصل اللاتينـى MANUS بمعنى يد و STUPRO بمعنى ينجس، أى أنه الفعل الذى ينجس اليد، لكن معظم الدارسين الآن يرجعونها إلى الجـذر اللغـوى اليونـانى MEZEA أى الأعضاء التناسلية، وهو ما يتفق مع المعنى الأصـلى القـديم للعـادة الـسرية وهـو إثـارة الأعـضاء التناسـلية برغم هذه الجذور اليونانية والرومانية للكلمة إلا أن كلاً من المجتمـع اليونانى والرومانى لم يناقش هذه العادة باستفاضة وأبدى حيالها الصمت إلا فى كتابات قليلة مثل ماقاله "أبو قراط" والـذى يعتبـر الجـد الأول للطب، والذى كتب يحذر منها ويقول "كثرة العـادة الـسرية تـستهلك النخاع"، والعجيب أن هذا هو المفهوم الشعبى المستقر حتى الآن بالنسبة لهذه العادة!،

فى الإسلام أيضاً اختلفت الآراء، فالاسـتمناء أو جلـد عميـرة (الاسم الذى يطلق على العادة السرية) يراه البعض حراماً مطلقاً، ويراه البعض حراماً فى بعض الحالات وواجباً فى بعضها الآخر، والـبعض الآخر ذهب إلى القول بمجرد كراهته، ولكل منهم قياساته وحججه .

أما الذين ذهبوا إلى تحريم الاستمناء فهم المالكيـة والـشافعية والزيدية، وحجتهم فى التحريم أن الله سبحانه وتعالى أمر بحفظ الفروج فى كل الحالات إلا بالنسبة للزوجة وملك اليمين، فإذا تجـاوز المـرء هاتين الحالتين وإستمنى كان من العادين المتجاوزين ما أحل الله لهم إلى ما حرمه عليهم، واعتمدوا فى ذلك التحريم على قول الله تعـالى فـى سورة المؤمنون":والذين هم لفروجهم حافظون. إلا على أزواجهم أو ما ملكت أيمانهم فإنهم غير ملومين. فمن إبتغى وراء ذلـك فأولئـك هـم العادون."

نأتى إلى الفريق الثانى الذى حرم فى بعض الحالات وأوجبهـا فى البعض الآخر، وهذا الفريق هو فريق الأحناف فقد قالوا: إنه يجـب الاستمناء إذا خيف الوقوع فى الزنا بدونه جرياً على قاعـدة ارتكـاب أخف الضررين.

أما الحنابلة فقد قالوا أنه حرام إلا إذا إستمنى خوفاً على نفـسه من الزنا أو خوفاً على صحته ولم تكن له زوجة أو أمة ولم يقدر علـى الزواج فلا حرج عليه .

أما إبن حزم فيرى أن الاستمناء مكروه ولا إثم فيه، لأن مـس الرجل ذكره بشماله مباح، وإذا كان مباحاً فليس هناك زيادة على المباح إلا التعمد لنزول المنى فليس ذلك حراماً أصلاً لأن القرآن لم يفصل لنا تحريمه.

كان ممن كرهه "ابن عمر" و"عطاء" وممن أباحه ابن عباس ، والحسن وبعض كبار التابعين، وقد قال الحسن "كانوا يفعلونه في المغازى."

إذن فى الإسلام أيضاً الأمر مختلف عليه وليست فيه الكلمة اليقين بالنسبة للعادة السرية أو الاستمناء .

نأتى إلى الكنيسة الكاثوليكية الحديثة والتى ظلت متمسكة بالرأى القديم ففى إعلان الفاتيكان لأخلاقيات الجنس والذى صدر فى ٢٩ ديسمبر ١٩٧٥ أعلن أن" العادة السرية اضطراب داخلى خطير وإثم عظيم"، وقد نظر قادة الكنيسة إلى هذه العادة على أنها فعل غير طبيعى لأن هدف التكاثر أو غاية التناسل ليست متوافرة، ووصفوها على أنها امتهان للنفس أو تدنيس للجسد وتلويث للروح.

ظلت الاتهامات والإدانات والتحريمات حتى القرن الثامن عشر تدور فى إطار الكتب المقدسة، وأوامر ونواهى رجال الدين حتى جاء الطبيب السويسرى "تيسوت (1797-1728) "وزخرفها علمياً ومنحها إطاراً طبياً مزيفاً مما زاد من سوء سمعتها أكثر وأكثر، فتحولت العادة السرية من مجرد إثم وذنب إلى علة ومرض.! كتب الطبيب السويسرى أن كل الأنشطة الجنسية خطيرة وضارة لأنها تدفع الدم إلى منطقة الرأس تاركة باقى أعضاء الجسم خالية منه، ويتسبب ذلك فى تحلل الأعصاب وباقى الأعضاء الحيوية، وبالتالى

سيؤدى تحلل الأعصاب إلى الجنون، وكان".تيسوت" يعتقد أن العادة السرية بالذات هى أخطر نشاط جنسى على الإطلاق لأنها تبدأ فى أكثر سنين العمر حيوية، ولأن الإحساس بالإثم والذنب المصاحب لها يضاعف من تدمير الجهاز العصبى.

أصبحت المصحات النفسية تراقب المرضى حتى لا يقعوا أسرى هذه العادة، وبمرور الوقت عبرت مفاهيم ومعتقدات هذا الطبيب السويسرى المحيط الأطلنطى وسرت آراؤه كالنار فى الهشيم، واكتسبت العادة السرية نتيجة لذلك الانتشار أبعاداً خطيرة، وصورة قبيحة، وصارت سبباً لكل مرض وبلاء، وإليكم عينة من الأمراض التى أعتقد الناس فى ذلك الوقت أنها من نتائج العادة السرية، فبالإضافة إلى الجنون إنضم إلى القافلة الصرع وحب الشباب والهزال وضعف التركيز وفى النهاية الموت المبكر.!!

وقع الآباء أسرى هستيريا القلق على أبنائهم، وصار همهم الأساسى هو الحفاظ عليهم من هذا الخطر الداهم، وصار أيضاً من واجبات الأطباء الأساسية أن يضعوا حداً لهذا الخطر، وتم الاستنزاف المنظم والهائل للطاقة والمال بغرض الشفاء من العادة السرية بداية من الأحزمة المحكمة والأقفال والأقفاص التى تحمى الأعضاء التناسلية من الأيدى العابثة، ووصولاً إلى التدخل الجراحى الذى يترك جزءاً صغيراً من العضو لا يسمح بالمداعبة.!!

دخل الأمريكان الحرب ضد العادة السرية بمنطق جديد وهو إذا كانت هذه العادة هى الطعام الذى يشتهيه الجميع فإن منعنا المشهيات التى تفتح النفس لالتهام هذا الطعام أو ممارسة هذه العادة فسنكون قد نجحنا فى القضاء عليها، لذلك وضعت قائمة ممنوعات طويلة منها الكحوليات والمأكولات البحرية والملح والفلفل والجيلى والشيكولاته والخل والقهوة....وغيرها، وزادت طوابير المتهمين حتى كادت أن تشمل كافة الأطعمة التى شك فيها الأطباء بأنها تثير الأعصاب وتزيد من الرغبة الجنسية.

بجانب منع الطعام أضيفت أسلحة أخرى للمواجهة، فقد حذر الأطباء من البنطلونات الضيقة والاحتكاك بأغطية السرير عند النوم، ومداعبة الأعضاء التناسلية عند التبول، ولمسها بالنسبة للأطفال عند الاستحمام بواسطة الأب أو الأم.

لكن ماذا لو فشلت كل هذه الاحتياطات فى منع ممارسة العادة السرية؟، الحل أيضاً موجود، ولكن بخطوات أكثر قسوة وعنفاً وميلودرامية، كان الحل الجاهز فى روشتات الأطباء وقتها أن يرتدى الطفل جاكتاً محبوكاً على كل جسده وقت النوم، ولفه فى ملاءة باردة حتى تبرد الرغبة وتثلج الشهوة، ثم تربط يداه فى أعمدة السرير!، وقد وافق مكتب براءات الإختراعات الأمريكية وقتها على عدة أشكال وتعديلات مختلفة لحزام العفة والذى كان منتشراً فى العصور الوسطى،

وينصح الآباء بعمل مفاتيح لغلق هذا الحزام قبل نوم الطفل والحفاظ عليه فى مكان أمين.

فى مطلع القرن العشرين تطورت أدوات كبح ومنع جديدة تتناسب مع التطور التكنولوجى الذى أحدثته الثورة الصناعية، فتم اختراع القفاز المعدنى الذى يشل اليد عن محاولات "الدعبسة" الليلية الشيطانية، بالإضافة إلى وسيلة تحذير شبيهة بالجرس ترن فى حجرة الوالدين عند أى حركة أو محاولة الخروج على النظام والآداب العامة.! لم يقنع العقل البشرى فى حربه ضد العادة السرية بمثل هذه الوسائل المؤقتة والحلول المرحلية، فهم لا يريدون رصاصاً أو قنابل زمنية ولكنهم يريدون النابالم والقنابل الذرية!!، ولذلك أجهد الأطباء أنفسهم حتى يستريح ضميرهم نهائياً ويخلدون إلى الراحة دون أن ينقض عليهم صوت فحيح النشوة الناتجة عن هذه العادة الشيطانية فى رأيهم.!! ولذلك هداهم تفكيرهم إلى حلول ثورية وجذرية مثل:
وضع ديدان العلقة على الأعضاء التناسلية لامتصاص الدم وتخفيف الاحتقان الذى كانوا يعتقدون أنه السبب الرئيسى فى تأجج رغبتهم الجنسية.

الكى بتيار كهربى أو بمكواة ساخنة لكى تنصهر الأعصاب وتموت الرغبة.

أكثر الحلول جذرية كانت إخصاء الرجل وختان المرأة، وانتشر هذا الحل فيما بين عامى ١٨٥٠ و ١٨٦٠، لدرجة أن الدوريات العلمية الأمريكية وقتها أكدت على أن أفضل الحلول والعلاجات للجنون هو الإخصاء!، ولم تخف حدة المعركة أو تنطفئ نيرانها المشتعلة إلا حينما بدأت الهدنة فى السنين الأولى من هذا القرن، خاصة فى المجتمع الأمريكى حين بدأ الأطباء هناك يفضون الاشتباك، ويهاجمون الارتباط الشرطى فيما بين العادة السرية والجنون .

تمرد بعض الأطباء الشبان هناك وأعلنوا بشجاعة أن السيدات يمارسن العادة السرية للتخفيف من الهستيريا، والرجال يمارسونها بدلاً من إصطياد العاهرات أو الوقوع فى مستنقع الأمراض التناسلية مثل الزهرى والسيلان، ولكن لا تستعجل عزيزى القارئ فنحن لم نصل بعد إلى توقيع اتفاقية السلام بين العادة السرية والعقل البشرى، ولكى نتأكد من ذلك فلنقرأ تقريراً طبياً بتوقيع د.سكوت الذى كتبه ١٩٣٠ يحذر فيه من الأنشطة التى تثير الشهوة وتؤدى إلى العادة السرية مثل التسلق وركوب الدراجات والجلوس على ماكينات الخياطة، وأكد فيه أن أقصر الطرق للعته والجنون والشيخوخة المبكرة هو طريق العادة السرية التى تؤدى أيضاً إلى الصداع والبلادة وإلتهاب الأعصاب وعدم وضوح الرؤية. أظن أنها أخطر وثيقة اتهام، ولكن هل أستمر الطريق فى اتجاه واحد، وإدانة على طول الخط، أم أن العلم كان له رأى آخر؟.

المواقف المعاصرة من العادة السرية:

سرد موقف العلم المعاصر من مسألة العادة السرية لا يعنى أننا نبغى أن نقول أن المواقف قد تغيرت من النقيض إلى النقيض، فالشك ما زال سارياً، والتوجس مازال مسيطراً، والناس ما زالوا يتهامسون بأن العادة السرية تجعل الشعر ينمو فى باطن اليد وتشوه الأعضاء التناسلية (مفهوم غربى)، وأن من يمارس العادة السرية ينكح يده، ومن ينكح يده كأنما نكح أمه (مفهوم شرقى)، ووصل الأمر إلى حد أن العقم حملت وزره العادة السرية التى أصبحت شماعة الخطايا البشرية.!! كانت بداية تغيير المواقف وتبديل المفاهيم، أبحاث وتقارير عالم النفس "كينزى" الشهيرة فى نهاية الأربعينات وأوائل الخمسينات والتى أدت بالتالى إلى تغيير ولو طفيف فى مواقف ومفاهيم رجل الشارع، وتوالت الأبحاث بعد ذلك وأثبتت وأكدت هذا الموقف الجديد تجاه العادة السرية، ففى تقرير ل"مورتون هنت" وجد أن واحداً من كل ستة رجال، وواحدة من كل ست نساء فى الفترة العمرية ما بين ١٨ و٣٤ سنة يعتقد أو تعتقد أن العادة السرية خطأ، أما فوق الـ ٤٥ سنة فإن الثلث أدان هذه العادة.

فى تقرير آخر لـ "كوتن" ١٩٧٤ سئل ٢٣٠ طالباً فى سن الجامعة و٢٠٥ طالبة فى نفس السن عن العادة السرية، فوجد أن معظم من كان لا يمارسها أحجم عنها نتيجة لنقص الرغبة، وكان من ضمن

هؤلاء الذين لم يمارسوها ٣٢% من الرجال و ١٤% من النساء، يفكرون فيها كمضيعة للوقت والجهد وكفعل غير أخلاقى، بينما كانت نسبة ضئيلة منهم ترجع هذا الامتناع إلى إحساس بالذنب أو إلى أسباب دينية.

وفى البحث الذى أجرى ١٩٨٧ بواسطة " أتوود وجاجتون" وقد توصلا إلى أن ٤٠% من الذين لم يمارسوا العادة السرية لم يفعلوا ذلك لأسباب أخلاقية.

من الطريف أن نقتبس فقرة تناسب ما نتحدث عنه من قصة للروائى "فيليب روث "يقول فيها على لسان إحدى شخصيات أعماله "إنها نهاية سنة النضج فى المدرسة العليا وأيضاً فى عادتى السرية، حيث أننى اكتشفت فى أسفل قضيبى عند اتصال جذع القضيب برأسه بقعة متغيرة اللون، شخصوها على أنها نمش، إنها ليست كذلك بل هى سرطان، لقد سببت لنفسى السرطان، كل هذا الاحتكاك الذى أحدثته بلحمى أصابنى بمرض لن يشفى، وأنا لم أصل بعد للرابعة عشرة، فى الليل وعلى سريرى إنهمرت دموعى، صرخت لا.. لا أريد أن أموت. أرجوكم لا.. ولكن بعد ذلك ولأنى سأصير جثة متعفنة بعد لحظات، فقد ارتعشت مختبئاً فى جوربى ."

هذا الرعب والفزع الذى أجتاح بطل هذه القصة أظنه انقلب هذه الأيام إلى اطمئنان وقبول بان تلك العادة ليست بهذه الخطورة، بل هى

شئ عادى، ولكن مازال هناك تحت السطح جزء مختفٍ من ذلك الجبل الثلجى الطافى، وهو بلا شك معظم تكوين ذلك الجبل، والجزء المختفى عبارة عن شكوك تعتمد على أربعة مفاهيم مازالت لها بعض السيطرة والتسلط على العقول وهى:

١- **العادة السرية ذنب وإثم:** يستند هذا المفهوم إلى أساس أخلاقى ودينى وهو بلا شك أساس قوى، له مهابة وقدسية، وقد وجد "دى مارتينو" ١٩٧٩ ان نسبة من يمارسون العادة السرية بين المتدينين أقل منها بين غير المتدينين، أو الذين لا تربطهم بالدين علاقات وثيقة .

٢- **العادة السرية شئ غير طبيعى:** وهو ما يرد عليه العلماء بسؤال آخر هو، ما هو مقياسكم للطبيعى؟، وإذا كنتم تتحدثون عن الطبيعى فالمملكة الحيوانية كما ذكرنا من قبل بها العديد من الحيوانات التى تمارس العادة السرية، ويردون أيضاً بالتقارير التى لا حصر لها والتى تثبت ممارسة الأطفال لهذه العادة .

٣- **العادة السرية من الممكن أن تكون جزءاً من مراحل النمو:** ولكن البالغين الذين يظلون على ممارستها ليسوا ناضجين.. هذا ما تؤيده نظرية "فرويد" التى تؤكد على أن ممارسة البالغ للعادة السرية هى دليل واضح على عدم نضجه، وعرض من أعراض تأخره، لكن معظم الباحثين فى علم النفس المعاصر يعتقدون أن

العادة السرية نمط شرعى جداً من أنماط النشاط الجنسى . وهذا الشد والجذب بين النظريتين فى إعتقادى ناتج عن مفاهيم مختلفة للتطور والنضج داخل مدارس علم النفس، فلا توجد دراسة علمية واحدة رصينة وواضحة تظهر أن من يمارس العادة السرية هو أقل نضجاً عن نظيره الذى لا يمارسها أو يستنكرها، لكن البعض يعتقد وهذه نقطة جديرة بالبحث والدراسة، أن صفة عدم النضج تطلق حينما تكون هذه الممارسة هى الوحيدة، أو حينما تمارس بشكل قهرى، أو تصبح نشوته الجنسية مقصورة على هذا النمط من النشاط الجنسى برغم وجود البديل السهل والمتاح والجاهز ...الخ، هنا تكون العادة السرية دليلاً على عدم النضج.

٤- **العادة السرية تميل إلى أن تصبح تعوداً وإدماناً:** ومن الممكن أن تعطل أو تمنع نمو الوظائف الجنسية الصحية، ويهاجم علماء النفس المعاصرون هذا المفهوم بشدة، ويعتبرونه ردة لمفاهيم ومعتقدات القرن التاسع عشر، بل على العكس يؤكد بعضهم وعلى رأسهم "دى مارتينو" أن نقص هذه الخبرة "العادة السرية" ستؤدى إلى مشاكل جنسية كثيرة مثل الضعف الجنسى عند الرجل، والبرود الجنسى عند المرأة، وأكثر من ذلك استخدم

بعض الباحثين هذه الخبرة وعلى رأسهم دكتورة "كـابلان" فـى برامجهم العلاجية.

بالإضافة إلى الفوائد العلاجية السابقة أصـبح واضـحاً الآن أن العادة السرية من الممكن أن تكون لها فوائد أخرى فى نظـر هـؤلاء العلماء المعاصرين، فمثلاً هى تمثل "مخرجاً جنسياً متاحاً وممتعاً فـى نفس الوقت فى حالة عدم وجود شريك حياة أو رفيقة درب وخاصة فى كبار السن"، وأيضاً "حلاً لمن يملكون طاقة جنسية أو رغبة جامحة فى وقت لا يستعد فيه الطرف الآخر لتلبية مثل هـذا الجمـوح فـى هـذه اللحظة"، وبما أننا فى عصر الإيدز اللعين فقد اعتبرت "كـابلان" هـذه العادة وسيلة من الوسائل الهامة جداً لممارسة جنس آمن بـدون إيـدز. وأخيراً فهى وسيلة للتخلص من التوتر مما يساعد الـشخص علـى أن يستريح كل فيما يعشق مذاهب!!

لاحظ عالما الجنس "ماسترز وجونسون" فى دراستهما المنشورة ١٩٦٦ أنه لا توجد امرأتان تمارسان العادة السرية بـنفس الأسـلوب والطريقة، أما الرجال عامة فكأنهم يملكون "ورق كربون عـام" لأنهـم عادة يتشابهون فى الطريقة والأسلوب .

ما سنعرض له الآن ليس حصة فى البرامج التعليميـة لكيفيـة ممارسة العادة السرية، لأن الكل يمارس وبطريقته الخاصـة وبـدون الرجوع إلى مراجع أو كتالوجات أو دروس خصوصية، لكننا سـنناقش

كيف يمكن للعلم أن يقتحم أموراً حساسة وغامضة ويشرحها بمشرطه الموضوعى، ويضعها على مائدة البحث ليفض غلالة غموضها وتناقضها، إنها محاولة للرصد نعلم أن عواقبها وخيمة . بالنسبة للمرأة فإن طريقتها فى العادة السرية والأكثر انتشاراً هى مداعبة البظر أو منطقة العانة أو الشفرتين بالاحتكاك أو بالضغط أو بالاهتزاز ...هذه هى أكثر الوسائل تكراراً كما ذكر "ماسترز وجونسون"، وكل هذه الطرق والوسائل تبغى فى النهاية شيئاً أساسياً وهو إثارة البظر، عضو الإحساس الجنسى عند المرأة لأن إثارته المباشرة نادرة الحدوث فى العادة السرية نظراً لحساسيته الشديدة، ولأن الإثارة القوية التى تستخدم فى مكان معين منه فى كل وقت ستؤدى لتقليل المتعة والنشوة بالتدريج، لأن البظر وقتها سيصبح فاقداً لأحاسيسه واستجاباته السابقة، وقد وجد الباحث "كينزى" فى أبحاثه المنشورة فى بداية الخمسينات أن نسبة ٢٠% من السيدات يمارسن العادة السرية بإدخال الأصابع أو أشياء أخرى للإثارة، وفى بحث آخر لهيت ١٩٧٧ ذكر أن نسبتهن لا تتعدى الـ١،٥%، وقد ذكر كينزى أيضاً أن حوالى ١١% من السيدات حين يمارسن العادة السرية يشركن الثدى فى هذه المهمة كمنطقة تجلب النشوة لهن.

تتوالى الأرقام الطريفة فقد وجد "هيت" أن نسبة ٥,٥% من العينة التى أجرى عليها البحث كانت تمارس العادة السرية وهى مستلقية

على البطن، وبعضهن يفضلن ممارستها بالاحتكاك بأشياء مثل الوسائد أو الكراسي أو أركان المائدة أو..... ووجد هيت في بحثه أن ٣% منهن يمارسنها بضم الفخذين بحركة إيقاعية منتظمة.

ورغم أن تعبير الاستمناء غير ملائم لأن مداعبة الطفل لأعضائه لا تنتهي بالرعشة أو الاستمناء و لكنها مريحة له كما يرتاح الطفل الذي يمص إصبع الإبهام ، و تبدأ هذه الظاهرة غالباً بعمر سنتين ويمكن أن تشاهد عند الجنسين وهو العمر الذي يبدأ فيه الطفل بتمييز جنسه كذكر أو أنثى ، و تتظاهر عند الذكور الصغار بمداعبة القضيب ومحاولة الأنثى إثارة الاحتكاك وكلاهما يقوم بتحريك الورك للأسفل والأعلى على الفراش أو على الوسادة أو في الحمام والبعض يقوم بذلك حتى أثناء النوم لأكثر من مرة في اليوم وقد تزداد عند تعرض الطفل للشدة النفسية كأن يحرم الطفل من وضع اللهاية في فمه وقد يصبح الرضيع أحمر اللون ويبدو عليه الانشغال وبعض التعب، وعند الأطفال الأكبر سناً وفي حالات قليلة قد يشاهد محاولة الإناث إدخال الإصبع في فتحة المهبل وحالات قليلة أكثر محاولة إدخال جسم ما وأكثر الحالات تخف تدريجياً مع تقدم عمر الطفل.

دور الوالدين عند اكتشاف هذا الاضطراب:

لا تلجأ إلى أسلوب النهي المباشر أو التوبيخ و العقاب لأن هذا سيسيء للحالة وستدهور علاقتك بطفلك وسيترسخ في ذهنه نوع من

الخوف من أعضائه التناسلية وسيحاول معاودة ممارسة ما حرم منه في أول فرصة يفلت فيها من المراقبة ، و عند مشاهدتك للطفل و هو يقوم بحركات فرك أعضائه بتحريك كامل جذعه ، عليك تجاهل الأمر ومحاولة شد انتباه الطفل لأمر آخر يثير اهتمامه ، وفي حال فشلت هذه المحاولات لابد عندها من التفكير في سبب رغبته الشديدة في الاستمرار بهذه العادة و يجب هنا التفكير أيضاً بوجود التهاب المجاري البولية أو انتان فطري في جلد منطقة الحفاظ على الرغم من أن أكثر حالات العادة السرية عند الرضع ليس لها سبب واضح ، أو أخيراً هي محاولة منه للتخفيف من التوتر وتبقى النصيحة الأهم هي تجاهل الأمر خاصة عند الرضع الصغار و مناقشة الموضوع بجدية مع الأطفال الكبار فوق الأربع سنوات مع شرح العملية الجنسية من الناحية الصحية.

وببساطة لا تسبب له أي مشاكل ، و قد تستمر في حالات قليلة حتى عمر ٥ أو ٦ سنوات ، و تعتبر طبيعية طالما أن الطفل لا يقوم بها في الأماكن العامة خاصة بعد تجاوزه ٥ سنوات ، و لكن يكون طفلك مفرط الرجولة عندما يكبر ! و لن يكون شاذاً جنسياً ، و يمكن أن تسبب له الأذى النفسي في حالة واحدة فقط و هي عندما يعاقب على فعله ذلك؟

- لا يمكن منع الطفل من القيام بذلك إذا لم يمتنع لوحده وبالوسائل السلمية ، و إذا تقدم الطفل بالعمر واستمر بممارسة العادة السرية حاول أن تركز على إقناعه بضرورة عدم القيام بذلك خارج المنزل و بأنها شيء خاص جداً.
- لا تلوم الطفل في حال ممارسته للعادة خلال النوم و لا تتوقع تحسناً ريعاً و زوالاً تماً للحالة
- لا تحاول منع الطفل من النوم على بطنه أو منعه من وضع يديه بين فخذيه و لا تحاول ربطهما خلال النوم.
- قم بإشغال الطفل بنشاطات جسدية هامة كالرياضة.
- امنح طفلك المزيد من العطف و الحنان.
- لا تصور العادة السرية التي يمارسها طفلك الصغير على أنها شئ فظيع و كريه.
- الحل هو بتقبل الحالة و التفاهم مع الطفل كلما تقدم بالعمر.

بعض الاعتبارات الهامة حول الاضطراب:

- عندما يقوم الطفل بممارسة العادة في الأماكن العامة أو أمام الآخرين.

- إذا شككت أن أحدهم قد قام بتعليم طفلك هذه الحالة أو مداعبات جنسية أخرى.
- إذا شككت أن هناك من يترك الطفل يشاهد المحطات أو الأفلام الإباحية.
- إذا لاحظت علامات البلوغ المبكر على الطفل.
- إذا حاول طفلك تعليم العادة لأطفال آخرين.
- إذا شعرت بان طفلك يميل للحزن و الكآبة.
- إذا شعرت أنك لا يمكن أن تحتمل الأمر.

الاضطرابات الجنسية فى مرحلة البلوغ

Puberty disorder

ما هو البلوغ ؟

ستمر خلال مراحل نموك الطبيعية بمرحلة البلـوغ ، و فتـرة البلوغ هي الفترة التي يتحول فيها جسمك من جسم الطفل إلـى جسـم الإنسان البالغ أو الناضج .و تحدث خلال هذه الفترة تغيرات سببها مواد كيماوية في الجسم تسمى الهرمونات الجنسية و هي التستوستيرون عند الذكور والاستروجين عند الإناث،و لأن هناك الكثير من التغيرات خلال هذه الفترة ستشعر أحيانا" و كأن جسمك خرج عن سـيطرتك ، ومـع مرور الوقت ستصل هذه الهرمونات إلى حـد الاسـتقرار وسيـصبح جسمك ناضجا" وكذلك حالتك النفسية.

وفي فترة البلوغ تتغير المشاعر أيضا" ، وقد تتغيـر نظرتـك وشعورك تجاه نفسك و تجاه أسرتك و أصدقاؤك و عالمك كله !!و قـد تشعر أن كل شيء قد تغير ، و خلال مرحلة البلوغ سيكون عليك اتخاذ قرارات مهمة في حياتك ، و تحمل مسؤولية واحدة أو أكثر و ستصبح أكثر استقلالية .

قد تسأل نفسك هذه الأسئلة خلال مرحلة البلوغ :

- هل أنا إنسان طبيعي ؟

- هل يشعر رفاقي ممن في عمري بنفس الشعور ؟
- هل أتصرف بشكل صحيح ؟

و قد تسبب لك هذه الأسئلة بعض الحيرة و لكن لا تقلق فهي تجربة فريدة من نوعها !

ويعتبر البلوغ بالنسبة للأنثى مرحلة انتقالية للجسم من جسم الطفلة إلى جسم المرأة البالغة ، و تصبح الأنثى بعد البلوغ قادرة على إنجاب الأطفال ، ويختلف العمر الذي يحدث فيه البلوغ عند الإناث من بلد لآخر ، وعادة يحدث البلوغ في الفترة ما بين عمر ٩ إلى ١٣ سنة بشكل وسطي ، وهو عمر أصغر من العمر الذي يبلغ فيه الذكور ولذلك قد يلاحظ أن البنات يبدون أطول و أنضج من الذكور في تلك الفترة.

التغيرات الجسمية خلال مرحلة البلوغ:

يبدأ البلوغ عند أكثر الإناث بنمو الثديين ، و قد تلاحظين عند بدء البلوغ أن أحد أو كلا الثديين أصبح على شكل كتلة قاسية تحت حلمة الثدي ، و تأخذ هذه الكتلة بالنمو خلال السنوات القادمة لتأخذ شكل الثدي الناضج ، و من الطبيعي أن ينمو أحد الثديين أحيانا" قبل الآخر ، و لكنهما يصبحان متناظران مع مرور الوقت ، و قد تكون هذه الكتلة مؤلمة قليلا" في بداية ظهورها .

و قد تحتاجين للبس حمالة الثدي بعد فترة قصيرة من البلـــوغ ! وهو أمر قد تستنكره بعض البنات أول الأمر ! و خاصة إذا كنــت أول من يرتدي هذه الحمالة في الصف ! و لكنك ســتعتادين علـــى الأمـــر لاحقا".

سيظهر في منطقة العانة (المنطقة التناسلية) شعرٌ خفيف ونـــاعم أول الأمر ، ومع مرور الوقت يصبح هذا الشعر أكثر قساوة" و مجعدا" ، ثم يظهر شعر تحت الإبط وقد يظهر شعر خفيف في الساقين ، وكثير من المراهقات يسألن عن حلاقة هذه الأشعار أو تركها؟ فمـــن الناحيـــة الطبية ليس هناك مبرر لحلاقة هذه الأشعار ، أما في الإسلام فهي سنة مؤكدة و يترك الأمر كقرار شخصي وكلا الحالتان مقبولتان إلا إذا كان هناك حالة طبية خاصة . وإذا قررت حلاقة هذه الأشعار فعليك استخدام الكثير من الصابون و الماء خلال الحلاقـــة و اســتخدام شـــفرات ذات الاستخدام لمرة واحدة ، ولا تتشاركي مع أي شـــخص فـــي اســتخدام الشفرة أو آلة الحلاقة الإلكترونية .

يصبح الوركان عريضان ، والخصر نحيلا" ، ويبـــدأ النـــسيج الدهني بالتجمع في البطن والأرداف و الساقين ، وهذا تطور طبيعـــي ويعطيك شكل الأنثى المميز.

وقد يلاحظ أن اليدين والساقين والقدمين والذراعين تنمو بسرعة أكبر من بقية أجزاء الجسم حتى نهاية البلوغ حيث يصبح الجسم متناسقا"، فلا تخافي إذا نظرت إلى يديك و أحسست انهما طويلتان.

ويصبح الجلد ذهنياً أكثر من ذي قبل و قد يزداد التعرق أيضا" ، وسبب ذلك هو سرعة نمو الغدد الدهنية والعرقية ، و من المهم في هذه المرحلة القيام بحمام يومي و استخدام مزيل رائحة التعرق لتجنب المواقف المحرجة اجتماعيا"، و الأهم مما سبق هو احتمال ظهور حب الشباب في الوجه ، و هو شيء طبيعي في مرحلة البلوغ و سببه ارتفاع مستوى بعض الهرمونات في الجسم ، ويحدث حب الشباب عند كل المراهقين تقريباً.

الطمث (الدورة الشهرية):

يبدأ الطمث أو النزف من الدورة الشهرية مع البلوغ ، ويظهر دم الحيض عند أكثر الإناث ما بين عمر ٩ و عمر ١٦ سنة.

حيث يبدأ المبيضان مع بدء البلوغ بطرح البويضات ، و عند النساء المتزوجات يمكن أن تتلقح هذه البويضة بالنطفة الآتية من الرجل وتشكلان البويضة الملقحة التي تتحول إلى جنين بشري ، وأجل التحضير لتعشيش البويضة الملقحة في رحم الأم تتشكل في الرحم طبقة تسمى بطانة الرحم تكون عند الحامل غنية بالدم والخلايا ومهمتها تأمين

التغذية للجنين ، أما عندك أنت في مرحلة البلوغ وقبـل الـزواج فمـا يحدث هو أن هذه الطبقة التي تشكلت في الرحم مع طـرح المبـيض للبويضة تكون غير ضرورية ، لأن البويضة لن تتلقح ، و تتحول هذه الطبقة من بطانة الرحم إلى كتلة دموية من الخلايا و تطرح عن طريق المهبل إلى خارج الجسم و هذا هو دم الحيض .

فالدورة الشهرية هي عبارة عن الدم الذي يطرح كل شهر بعـد الإباضة ، و حدوث الإباضة يعني إمكانية حدوث الحمل إذا تزوجـت الفتاة .

تحتاج الأنثى لارتداء فوط خاصة لتمتص الدم المطروح خـلال أيام طرح الدم ، و تستمر فترة طرح دم الحيض من ٣ إلى ٧ أيـام ، وقد يتلوها يومان من النزف الخفيف أيضا"، و هو أمر طبيعـي ، أمـا ظهور الدم خارج أوقات الدورة فيستدعي استشارة الطبيب .

وتختلف شدة النزف من فتاة لأخرى ، و هذا أمر طبيعـي ، إلا إذا كان النزف غزيرا" جدا" فيجب استشارة الطبيب.

و خلال أيام الطمث يمكنك ممارسة حياتك الطبيعية ، و علـى العكس فإن ممارسة الرياضة خلال الطمث قد تخفف مـن آلام أسـفل البطن .

ويجب على الأنثى أن تتذكر أنه ليس من الضروري أن تكون الدورة منتظمة دائما" خاصة في بداية حدوثها في السنة الأولى التالية للبلوغ ، و قد تكون الفترة ما بين النزف و الذي يليه ٣ أسابيع فقط أو قد تمتد حتى ٦ أسابيع ، و بعد فترة تنتظم الدورة بحيث يحدث النزف كل ٣ إلى ٥ أسابيع .

العوامل التي قد تسبب خللا" في نظام الدورة الشهرية :

- أي حالة مرضية طارئة.
- حالات الشدة النفسية و التوتر والقلق حول أمر ما.
- الرياضة العنيفة و الطويلة.
- اضطراب نظام الطعام.

الظواهر المصاحبة للدورة الشهرية:

قد تحدث هذه الأعراض قبل أو خلال أو بعد أيام النزف بقليل و هي عادة خفيفة و تزول لوحدها إلا إذا كانت شديدة فيجب استشارة الطبيب:

- آلام ماغصة أسفل البطن .
- حس نفخة في البطن .
- حس ألم و انتفاخ في الثديين .

- صداع .
- تغير مفاجئ في المزاج مثل الشعور بالقلق أو الحزن أو الاكتئاب العابر .
- الميل للنوم .

البلوغ عند الذكور:

يبدأ البلوغ عند الذكور بعمر ١٠ إلى ١٦ سنة مترافقة مع هبة النمو (مرحلة النمو السريع عند الشاب) ، فتلاحظ أن حذاؤك قد أصبح ضيقا" و أن ملابسك أصبحت ضيقة ، و سبب ذلك الإفراز الزائد للهرمونات الذكرية خلال هذه الفترة .

التغيرات الجسمية:

ستلاحظ و كأن يديك و قدميك وذراعيك وساقيك قد أصبحوا أكبر من بقية أجزاء جسمك وهذا أمر طبيعي وسيعود جسمك ليصبح متناسقاً.

ستصبح أكثر طولا" ، ويصبح كتفيك أعرض ، وسيزداد وزنك بشكل واضح ، وستلاحظ تورما" في ثدي واحد أو في كلا الثديين مع بعض الألم و هي من الظواهر الطبيعية ، والتي تزول لوحدها ، وكذلك تنمو العضلات وتصبح أكثر قوة" ، ولكن لا تتسرع و تحاول ممارسة رفع الأثقال بشكل مبكر.

لما يصبح الصوت أكثر عمقا" وخشونة" ، وقد يظن الشخص أنه صوت مزعج وسيبقى هكذا و لكنه ليس مزعجا" وسيصبح طبيعيا" في المستقبل القريب.

كما سيظهر شعر العانة (المنطقة التناسلية) وكذلك شعر الإبط، وشعر الوجه والذراعين ، وقد يتأخر شعر الصدر قليلا" ، وقد يلجأ بعض الشباب إلى حلاقة شعر الذقن وهذا أمر طبيعي ، ولا تستخدم إلا شفرة الحلاقة الخاصة بك ولا تشارك بها أحدا" و كذلك آلة الحلاقة.

ويصبح الجلد ذهنياً، و قد يزداد التعرق ، وسبب ذلك زيادة نشاط الغدد في الجلد ، ومن الضروري عندها إجراء حمام يومي واستخدام مزيل التعرق لمنع ظهور رائحة العرق ، وأكثر المراهقين يصابون بحب الشباب خلال فترة البلوغ ، وهو أمر طبيعي خلال المراهقة وسببه ارتفاع مستوى الهرمونات عند المراهق.

كما ستلاحظ أن كلا" من العضو الذكري والخصيتين قد ازدادا في الحجم خلال فترة البلوغ ، و قد يزداد معدل حدوث الانتصاب العفوي للعضو الذكري بسبب ارتفاع مستوى الهرمونات الذكرية خلال فترة البلوغ (ويقصد بالانتصاب تحول القضيب إلى عضو قاسٍ ومنتصب) ، وعليك التصرف بشكل طبيعي إذا حدث الانتصاب وأنت بين رفاقك مثلا"، دون أن تحاول لفت انتباههم لذلك ، وتذكر أنه في النهاية لا علاقة بين حجم القضيب و بين مستوى الرجولة ، ومستوى القدرة الجنسية.

التغيرات الجسمية خلال مرحلة البلوغ حسب تصنيف مراحل تانر Tanner stages

كذلك سيبدأ جسم الذكر بإنتاج النطاف مـــع حـــدوث البلـــوغ ، والنطاف عبارة عن خلايا تحتوي علي ٢٣ صبغي فقط يقـــوم الـــذكر بقذفها بعد الانتصاب أحيانا على شكل سائل أبيض اللون يسمى الـــسائل المنوي ، و أول ما يحدث القذف عند الذكر المراهق عند البلوغ يحدث ليلا" و بشكل عفوي أثناء ما يسمى الاحتلام الليلي ، و المقصود بالقذف هو خروج السائل المنوي من القضيب ، و لا تقلق إذا تكرر الاحـــتلام الليلي عندك لأنه ظاهرة طبيعية .

و يبين الجدول التالي تطور الخصية الطبيعي حسب مرحلة تانر (تانر Tnnerهو الطبيب الذي قام بدراسة تطور البلوغ عند المراهقين) و مصدر هذا الجدول هو جامعة هوبكينز Hobkins University .

[redacted]	[redacted]	[redacted]
2	2 (+ - 0,5)	I
5	2,7 (+ - 0,7)	II
10	3,4 (+ - 0,8)	III
20	4,1 (+ - 1)	IV
29	5 (+ - 0,5)	V

والجدول التالي يبين تطور طول العضو الذكري الطبيعي من الولادة و حتى البلوغ الكامل مع العلم أن قياس العضو الذكري يكون بعد شد العضو بشكل مستقيم نحو الأعلى حتى نشعر بمقاومة الشد و ثم يقاس الطول من منشأ العضو من جلد العانة حتى ذروة الحشفة و مصدر هذا الجدول هو جامعة هوبكينز :

العمر	الطول الوسطي للقضيب بالسم	الطول دون الحد الطبيعي (أقل بانحرافين معياريين)
عند الولادة	3,5 (+ - 0,4)	2,5
من الولادة – ٥ أشهر	3,9 (+ - 0,8)	1,9
12 -6شهر	4,3 (+ - 0,5)	2,3
2 -1سنة	4,7 (+ - 0,5)	2,6
3 -2سنوات	5,1 (+ - 0,9)	2,9
4 -3سنوات	5,5 (+ - 0,9)	3,3
5- 4سنوات	5,7 (+ - 0,9)	3,5
6 - 5سنوات	6 (+ - 0,9)	3,8
7 - 6سنوات	6,1 (+ - 0,9)	3,9
8 - 7سنوات	6,2 (+ - 0,1)	3,7

العمر	الطول الوسطي للقضيب بالسم	الطول دون الحد الطبيعي (أقل بانحرافين معياريين)
9 - 8سنوات	6,3 (+ - 0,1)	3,8
10 - 9سنوات	6,3 (+ - 1,1)	3,8
11 - 10سنة	6,4 (+ - 0,5)	3,7
عند البالغ	13,3 (+ - 1,6)	9,3

ويستخدم الطبيب مقياس خاص لتقدير حجم الخصية عند الذكور خلال مرحلة المراهقة و يسمى هذا الجهاز جهاز برادر ويتألف من عدة كرات بيضوية تشبه الخصية في شكلها و تناسب كل منها حجم الخصية في عمر معين.

التغيرات العاطفية خلال مرحلة البلوغ :

إضافة للتبدلات التي لاحظتها على جسمك ، ستلاحظ أيضا" تبدلات هامة في مشاعرك تجاه كل ما هو حولك ، فستبدأ بالاهتمام برأي الآخرين فيك ، و ستحب أن تكون مرغوبا" ومحبوبا" ، وستبدأ علاقاتك مع الآخرين بالتغير ، وستجد أن أشخاصا" قد أصبحوا مهمين بالنسبة لك ؟آخرين أقل أهميةً، وقد تزداد رغبتك بالاستقلال عن والديك

و تقوية علاقتك بأصدقائك ، والأهم من ذلك أنه سيكون عليك اتخاذ قرارات مهمة في حياتك كلها.

و الكثير من المراهقين يقلقون حول تغيرات جسمهم هل أنا طويل؟ هل أنا قصير ؟ هل أنا سمين ؟ هل أنا نحيل ؟ هل يسخر من؟ رفاقي من أجل ... ؟

يجب أن تعلم و أن تعلمي بأنه لا يجوز مقارنة التبدلات التي تحدث لمراهق مع تلك التي تحدث لآخر ! سواء في النمو الجسمي أو التطور العاطفي ، و أنه لكل شخص خصوصيته و تطوره المميز ، وأنه في النهاية سيصبح الجميع أشخاص بالغين راشدين متشابهين في أشياء و مختلفين في أخرى .

بعض التغيرات المصاحبة:

قد تشعر بأن دقات قلبك قد تسرعت عندما تنظر إلى شخص ما من الجنس الآخر أو عندما تلمس يده عن غير قصد أو حتى عندما تفكر فيه مجرد تفكير! وقد تترافق دقات قلبك السريعة مع إحساس غريب بالدفء أو الرعشة! وكل ذلك أمر طبيعي عند المراهقين مع بدء الاهتمام بالجنس الآخر ، و قد تسأل نفسك أحد الأسئلة التالية :

١- هل يجوز لي ممارسة العادة السرية ؟ (أنظر الفقرة الخاصة بهذه العادة لمعرفة الجواب).

٢- أيسمح لي بالتكلم مع الجنس الآخر؟

٣- إلى أي مدى يجب أن تكون علاقتي مع أفر.. الجنس الآخر؟ وماذا عن ممارسة الجنس.

٤- أرغب في أن يكون لي صديقة! محبوبة! أن أعيش قصة حب !!
تحكم الإجابة على هذه الأسئلة عدة أمور: الأسرة ، المجتمع ، الأخلاق، الدين ، وأمور أخرى ، وعلى أية حال ننصح بأن تكون الإجابة على هذه الأسئلة كما يلي:

ويفضل أن تكون العلاقات ما بين الجنسين في فترة المراهقة ضمن حدود الزمالة و الأمور المهنية بحيث لا تتعدى مناقشة الأمور في المدرسة و الحياة اليومية العامة.

ويجب أن تكون العلاقة كما سبق ، أما عن ممارسة العلاقات الجنسية غير الشرعية فهذا أمر خطير جدا" ، وعليك كمراهق ألا تحاول ذلك أو تفكر به ، لأن مفاهيم المجتمع العربي و المسلم تختلف عن تلك في المجتمع الغربي ، وتذكر انه من يرتكب هذه الجريمة يكون قد ارتكب أحد الكبائر في الإسلام ، ويكون قد ارتكب جريمةً اجتماعيةً ، عدا عن أمكانية تطورها نحو الشذوذ و احتمال إصابة الطرفين بالأمراض المنتقلة عن طريق الجنس و خاصة الآيدز ، (ومن يقبل أن يمارس الجنس معك بطريقة غير شرعية ، يقبل أن يمارسه مع شخص آخر بنفس المبرر! فهل تقبل ذلك لنفسك و هل تضمن سلامته من

الأمراض الخطيرة؟) ،إضافة لإمكانية حدوث الحمل غير الشرعي وما يترتب على ذلك من نتائج و مسؤوليات مثل إنجاب طفل غير شـرعي أو اللجوء إلى الإسقاط الجنائي(هل تتوقع أن يكون عمـرك ١٦ سـنة مثلاً ولديك طفل غير شرعي؟ أو أن تكون مصاباً بالايدز لا سمح الله) ، و لا تهتم لما تشاهده في المجلات أو التلفزيون مـن تـشجيع علـى الانحراف و تذكر أن هذه البرامج غايتها الربح التجاري فقط و يقـف وراءها أعداء حقيقيون ، وأن متعة ممارسة الجنس لا تكـون إلا مـع الشريك الشرعي بعد الزواج.

ويجب أن تعلمْ كمراهق أنه من المبكر الحديث عن هكذا أمـور وأن هناك أوليات أكثر أهمية في حياتك ، مثل تأمين مستقبلك و شهادتك الجامعية ، و إذا تعمدت البحث عن قصة حب فلن تجدها ، ولكن أترك هذا الأمر للحياة ، و ستجد أن الله تعالى قد هداك لشريكة حياتـك فـي الوقت المناسب ، فأمامك الحياة الجامعية و الحياة المهنية ، وهي أكثـر المجالات التي يجد فيها الشباب شركاؤهم في هذه الأيام.

بعض الوسائل المحرضة للإثارة الجنسية:

١ – وسائل الأعلام :

حيث تقوم الصحف و المجلات و التلفزيون بتـصوير الجـنس والممارسة الجنسية على أنها أمر عادي و لا يحمل أي خطورة ، وهذا

هو عكس الواقع طبعاً حيث تحمل هذه الممارسات خطورة كبيرة ولأن الهم الوحيد لتك الوسائل هو الربح ، و من المهم عدم التأثر بذلك ، والابتعاد عن هذه المثيرات ، لأن الكثير من المراهقين انتهى بهم الأمر إلى الشذوذ نتيجة تعلقهم بمجلات أو قنوات تلفزيونية هابطة.

٢- التكوين الجسمى للمراهق:

فمن الطبيعي أن يشعر أي مراهق بالرغبة الجنسية بسبب الإفرازات الهرمونية ، و هذا أهم عنصر من عناصر البلوغ ، و لكن من المهم أن تسيطر أنت على هذه الرغبات و لا تتركها هي لكي تسيطر عليك ! و تذكر أن الجنس وحده ليس الطريقة الوحيدة التي تعبر بها عن مشاعرك تجاه الجنس الآخر ، و هناك طرق أخرى لصرف هذه الطاقات مثل ممارسة الرياضة و المشي و تناول الغذاء الصحيح والتخطيط للمستقبل وأن تكون واثقاً من نفسك و أن الرجولة ليست بإقامة علاقات مشبوهة و عابرة.

٣- من الأصدقاء :

قد يتباهى أحدهم أمامك بأنه قام بكذا وكذا (وغالباً ما يكون كاذباً)... وقد تشعر لبرهة برغبة قوية بتقليد هذا الشخص و لكن تذكر المخاطر التي تحملها هذه الممارسات و أن متعة لحظات قد تهلك شخصاً وتنقل له أمراضاً خطيرة و قد يحدث حمل غير شرعي وما يترتب بعد ذلك من إنجاب طفل غير شرعي أو اللجوء إلى الإسقاط

الجنائي، وأن الإنسان المتوازن هو من يسيطر على شهواته ويحكم عقله ودينه وأخلاقه قبل التورط ، و ننصحك بالابتعاد عن هؤلاء الأصدقاء ، والتمتع بحياتك بدون أن يكون لديك طفل غير شرعي أو مرض مميت.

الفصل الحادى عشر

العدائية عند الأطفال

Hostilities of childhood

الفصل الثاني عشر

العدائية Hostilities

مفهوم العدائية *Hostilities Concept*

العدائية مصطلح حديث نسبياً ، ويطلق على فعل شائع عادة بين الصغار والمراهقين ، وإن كان يحصل فى بعض الحالات بين البالغين.

تفتقر الكلمة الإنجليزية Hostilities إلى قريباتها اللغوية إلا أن تعريف الكلمة عليه إجماع ؛ فكل يوافق على أن العدائية إما أن يكون جسدياً أو لفظياً أو عاطفياً ويكون ضد شخص آخر.

يختلف مصطلح العدائية Hostilities بطبيعة الحال عن مصطلح العنف Violence بمعناه المعروف وهو الذى يستخدم أعلى درجة من القوة ، حيث يستخدم فيه السلاح بمختلف أنواعه والتهديد والوعيد بكل جوانبه المفضى إلى العنف الشديد ، أما الـ Hostilities فهو أخف من حيث الممارسة فهو يتضمن عنفاً جسدياً خفيفاً ، وعنفاً لفظياً كبيراً ، ويشتمل على جانب استعراضى للقوة والسيطرة والرغبة فى التحكم فى مقدرات الآخرين من الرفقاء والقرناء والزملاء وهذا السلوك موجود بين الطلاب فى مراحل التعليم العام جميعها. وفى حال إهماله والتغاضى عنه يقود أخيراً إلى العنف بمعناه الشامل.

وبالبحث فى الترجمة الموجودة الآن فى معظم قواميس اللغة العربية الحديثة لهذا المصطلح نجد أن كلمتى تنمر أو استئساد هى الترجمة المناسبة لكلمة Hostilities . وكلمة استئساد فى اللغة العربية مأخوذة من كلمة "أسد" والأسد هو ذلك الحيوان المفترس ملك الغابة ، وذلك لسيطرته على بقية الحيوانات والفتك بها وكذلك كلمة العدائية مأخوذ من كلمة "نمر" وهو الآخر لا يقل عن ملك الغابة فى شره وفتكه (مفرح ، ٢٠٠٨) ومعنى كلمة تنمر فى المعجم الوسيط هى "توعد ، تشبه بالنمر فى تصرفاته تجاه الآخرين ، ساء خلقه".

يتطلب البحث المنظم والمنهجى لمفهوم العدائية معايير لتصنيف الطلاب كمتنمرين ، وضحايا أو متفرجين. ويجب على الباحث أولاً: تحديد متى يكون الطالب متنمراً؟ ووفقاً لآراء "أولويس" (Olweus, 1993) يكون الطالب متنمراً أو ضحية عندما يكون مُعرضاً تعرضاً متكرراً إلى أحداث سلبية من جانب واحد أو أكثر من الطلاب.

ولكى نتعرف هذه المعايير يجب الإجابة عن السؤال الآتى:

كيف نعرف أن الطفل تعرض للعدائية؟ وما التعريف العلمى للعدائية؟

يتعرض الأطفال ضحايا العدائية لأفعال سلبية تعرضاً متكرراً ، وبمرور الوقت ، من جانب طالب أو أكثر. فالشخص الذى يعتدى على

الآخرين اعتداءً مقصوداً ، أو يتعمد إيقاع الإصابة بهم فهو منغمس فى أفعال سلبية توصف بالعدائية من خلال التواصل البدنى بالكلمات أو بطرائق كثيرة غير مباشرة مثل إصدار إشارات وتعبيرات مقصودة ، وإثارة الشائعات أو استبعاد شخص ما من المجموعة استبعاداً مقصوداً (Olweus, 1993)

ويمكن تحديد مفهوم العدائية من خلال ثلاثة محكات أو تصنيفات كما يأتى:

يُعد "أولويس" (Olweus, 1993, p. 9) من أوائل من عرف العدائية تعريفاً علمياً مبنياً على تجارب بحثية ، حيث عرفه "بأنه شكل من أشكال العنف الشائعة جداً بين الأطفال والمراهقين ويعنى التصرف المتعمد للضرر أو الإزعاج من جانب واحد أو أكثر من الأفراد. وقد يستخدم المعتدى أفعالاً مباشرة أو غير مباشرة للتنمر على الآخرين ، والعدائية المباشر هو هجمة مفتوحة على الآخرين ، من خلال العدوان اللفظى أو البدنى ، والعدائية غير المباشر هو الذى يستخدمه الفرد ليحدث إقصاءاً اجتماعياً مثل: نشر الشائعات ، ويمكن أن يكون العدائية غير المباشر ضاراً جداً على أداء الفرد مثله مثل العدائية المباشر. ويصنف باحثون آخرون العدائية على أنه "سوء معاملة شخص ما المعاملة النفسية أو البدنية غير المستثارة لشخص آخر ، أو مجموعة من الأشخاص عبر الوقت لخلق نمط سائد من المضايقة وسوء المعاملة

(Batsehe & Knoff, 1994; Hoover, Oliver & Thomson, 1993; Olweus, 1991)

وقد "أولويس" Olweus عام ١٩٩٩ تعريفاً آخر ليس ببعيد عن تعريفه السابق ، ولكنه يختص بالضحية ، معرفاً إياها بأنها "الطفل عندما يتعرض تعرضاً متكرراً بمرور الوقت لسلوكيات سلبية من جانب واحد أو أكثر من الطلاب بقصد الأذى نتيجة لعدم توازن القوة. مما يسبب القلق ، وعدم الاتزان الانفعالى.

أما "بولتن ، واندروود" (Bouiton & Underwood, 1992, p. 56) فيعرفه بأنه "سلسلة من الأفعال التى تشمل عدواناً بدنياً: (الضرب ، والضرب بالقدم ، والقرص أو المضايقة ، وسلب المال والممتلكات ، وما إلى ذلك) والعدوان اللفظى: (السب ، المضايقة القاسية، السخرية ، التهديد ، وما إلى ذلك).

ويتفق "راندال" (Randall, 1997, p. 24) و "ميلور" (Mellor, 1997, p. 52) على تعريف للسلوك العدائيةى بأنه "نوع من التشاجر بين فردين غير متساويين فى القوة ، يقوم به فرد أو مجموعة الأفراد ضد فرد غير قادر على الدفاع عن نفسه ، وقد يكون جسدياً أو نفسياً".

أما "ديهان" (Dehaan, 1997) فيرى أن العدائية يتضمن: السخرية ، وسرقة النقود من الضحية ، وإساءة بعض الطلبة لأقرانهم

داخل الصف ، ويعتقد أن العدائية قد يشترك فى بعض خصائصه مع خصائص سلوك العدوان.

وأورد باراش (Barash, 2001, p. 20) أن العدائية هو هجوم موجه إلى شخص آخر ، سواء أكان عدواناً لفظياً أم مادياً.

ويشير "سميث" (Smith, 2000) إلى ان العدائية نشاط إرادى واع ومتعمد يقصد به الإيذاء أو التسبب بالخوف والرعب من خلال التهديد بالاعتداء ، ولابد من توافر أربعة عناصر فى سلوك العدائية بغض النظر عن الجنس والعمر وهى:

- عدم توازن فى القوة فالمتنمر إما أن يكون أكبر ، أو أقوى ، أو فى وضع أفضل من وضع الضحية.
- النية فى الإيذاء ، فالمتنمر معروف عنه أنه يتسبب بالألم النفسى أو الجسدى للضحية ويجد متعة فى ذلك.
- التهديد بأشكال أخر تالية للتنمر.
- دوام الرعب ، فسبب العدائية هو الغطرسة ، والازدراء ، والاحتقار ، وليس الغضب.

ولا يشمل العدائية المضايقة الخفيفة التى تحوى سلوكيات وتصرفات أقل حدة ، كما أنها لا تدوم ، وتوصل "لاند" (Land, 2003) فى دراسة تمت على ١٤٧ طالب ، من خلال سؤالهم "أن يعطوا مثالاً للتنمر ومثالاً

للمضايقة الجنسية ، وأقر المشاركون بأن المضايقة ترتبط أكثر باللعب والنكات أكثر من العدائية ، كما أقروا بأن تكرار السلوك كان دالاً على كل من العدائية والمضايقة ، وأقر التلاميذ أن سلوك العدائية ، يتضمن سلوكيات بدنية بعكس المضايقة.

وفى دراسة أخرى قام بها "هوروود" وزملاؤه (Horwood, Waylen Herrick, Williams & Wolke, 2005) عرف العدائية بأنه سلوك يحدث عندما يتعرض طالب تعرضاً مكرراً لسلوكيات أو أفعال سلبية من طلبة آخرين ؛ بقصد إيذائه ، ويتضمن عادة عدم توازن فى القوة وهو إما أن يكون جسدياً كالضرب ، أو لفظياً كالتنابز بالألقاب ، أو عاطفياً كالنبذ الاجتماعى ، أو يكون إساءة فى المعاملة.

وعرف "ايسبلاج" العدائية عام ٢٠٠٨ بأنه "تكرار أعمال العدوان غير المبرر مما يسبب ضرراً نفسياً أو جسدياً للضحية ، بحيث أن قوة المتنمر / والضحية غير متكافئة". (Espelage, 2008: p. 345)

ثانياً: مفاهيم ركزت على خصائص المتنمرين وضحاياهم:

ساهم تحديد خصائص المتنمرين وضحاياهم فى فهم العدائية فيظهر المتنمرون بشكل عام رغبات عدوانية اندفاعية عدائية وعدم الإحساس بمشاعر الآخرين (Olweus, 1993) ؛ (Smokowski &

وفقاً "لدوج وسكوارتز" (Doge & Schwartz, Kopaz, 2005 1997) فإن الطلاب الذين يستخدمون العدوان استخداماً متكرراً يسيؤون تفسير سلوكيات الآخرين وغالباً ما يبرر بأن الضحية تستحق إلحاق الضرر بها ويُعتقد أن المتنمرين يفسرون الموقف الضعيف الملحوظ للأقران كدليل على أنهم سوف يتلقون نتائج إيجابية (Fox & Boulton, 2006) ويمكن أن تؤثر الفروق الجسمية بين المتنمر والضحية فى قدرة المتنمر على تأكيد السيطرة والتحكم ، وتقليل احتمالية أن ترد الضحية بالمثل كما أجرى "أتلاس وبيبلر" (Atlas & Pepler, 1998) دراسة لتقويم السلوكيات العدائية بالاعتماد على ملاحظات تفاعل الأطفال داخل الصف بناء على معدلات الوزن ، وتوصلت التقديرات التقريبية أن المتنمرين غالباً ما يشار إليهم بأنهم الأطول والأضخم جسمانياً من الضحايا فى معظم حالات العدائية ، وأن عدم توازن القوى بين المتنمر والضحية شائع فى المواقف العدائية (Atlas & Pepler, 1998) إضافة إلى هذا فإن الشخص الضحية يصبح هدفاً سهلاً ، ويحتمل أن يخضع لسيطرة قرين آخر يتنمر عليه (Hunter & Boyle, 2002).

ويُعرف "كريك وجروتبتر" (Crick & Crotpeter, 1995) العدائية بأنه "أحد أنواع فرض السيطرة الضارة على الآخرين التى عادة

ما يستفيد منها المتنمر فى سلوكه هذا من ضحاياه وهم فى العادة من الأقران / الأصدقاء".

ويعرف "أتلس وبيبلير" (Atlas & Pepler, 1998) العدائية بأنه "تفاعل يحدث بين الشخص المتنمر والضحية ، ويظهر فى سياق بيئى اجتماعى" ، ويتأثر هذا التفاعل بعدد من العوامل:

- السمات الفردية للمتنمر والضحية.
- العمليات التفاعلية بين المتنمر وضحيته.
- وجود الأقران والمعلمين.
- السياق الذى يظهر فيه سلوك العدائية.

ويعرف "هويبنير" (Huebner, 2002) العدائية بأنه "طريقة للسيطرة على الشخص الآخر ، وهو مضايقة جسدية ، أو لفظية مستمرة بين شخصين مختلفين فى القوة ، يستخدم فيها الشخص الأقوى طرائق جسدية ، ونفسية ، وعاطفية ، ولفظية لإذلال شخص ما ، وإحراجه وقهره".

ثالثاً: تعريف العدائية من منظور تكاملى:

لقد استخدمت تعريفات عدة للعدائية ، ونحن هنا نؤيد ما أكده "فارنجتون" (Farrington, 1993) أن هناك وعياً بين الباحثين بأن تعريف العدائية يشمل العناصر الآتية:

١- هجوم نفسى ، ولفظى ، وبدنى أو التهديد الذى يُقصد به إثـارة الخوف والضيق أو الأذى فى الضحية.
٢- عدم توازن القوة.
٣- السلوك غير المستثار من الضحية.
٤- سلوك متكرر من الأشخاص أنفسهم عبر فتـرة طويلـة مـن الزمن.

ويعد هذا التعريف معتمداً عند غالبية الباحثين فـى الدراسـات المرتبطة بالعدائية.

وبجانب التعريف السابق لـ "فارنجتون" (Farrington, 1993) يتفق المؤلف مع تعريف آدمز (Adams, 2006, p. 11) فى تعريفـه للسلوك العدائية بأنه "عبارة عن استغلال بعض الأطفال لقوتهم الجسدية أو شعبيتهم أو حتى سلاطة ألسنتهم ، من أجـل إذلال طفـل آخـر أو إخضاعه ، وفى بعض الأحيان الحصول على ما يريدونه منه. ويمكـن تصنيفه إلى تنمر مباشر أو غير مباشر. ومن أمثلة العدائية المباشـر: الدفع ، والعراك ، والبغض. ومن أمثلة العدائية غير المباشـر: إثـارة الشغب ، والإشاعات ، والثرثرة بألفاظ مؤذية".

النقاط الرئيسة الواجب توافرها لتعريف السلوك العدائية:

إذا كان سلوك العدائية فى الماضـى قـد وُصـف بالمـضايقة (Rigby; 1995; Stockdale; Hangaduambo; Duys; Larson

(& Sarvela, 2002 ، فهناك عدد من النقاط أوردها عدد من الباحثين توضع في الاعتبار عند تعريف العدائية وهي: "جملة من التصرفات والأفعال التي يمارسها فرد أو مجموعة من الأفراد ، مستخدمين عبارات وتصرفات وكلمات منها مثلاً: إطلاق كلمات استهزائية متكررة عن: (اللون ، أو الشكل ، أو الوزن ، أو الملابس ، أو طريقة الكلام) وذلك إطلاقاً استهزائياً واستفزازياً وبصوت عال يسمعه الآخرون من باب الغيرة ... أو من خلال النعت بمسميات مختلفة للضحية ، أو من خلال اختلاق القصص والمواقف لإيقاع الضحية في المشكلات مع الآخرين ، أو أن يطلب إلى الآخرين عدم مصادقة الطالب أو الطالبة لمبررات مختلفة أو يتعمدون عدم مشاركته في أنشطتهم ، وينفرون منه. أو يطلقون عليه أو عليها النكات الاستهزائية. أو التهديد والتخويف بأساليب عدة ، حتى خارج المدرسة ... وقد يضربونه أو يدفعونه داخل ممرات الصف أو المدرسة ... أو ينشرون حوله الإشاعات بأساليب عدة سواء بالجوال أو بالانترنت داخل المدرسة وخارجها ... وما إلى ذلك من ممارسات". (Boulton & Underwood, 1992; Olweus, 1978; Salmivalli, 1999; Slee, 1995)

لقد أجرى العديد من الأبحاث والدراسات حول السلوك العدائى ، ومن خلال استعراض تلك الدراسات استعراضاً نقدياً ، فإن هناك نقاطاً رئيسة يجب توافرها للوصول إلى تعريف مقبول للسلوك العدائي وهي:

- أن يكون التعريف مبنياً على نتائج وأبحاث ودراسات ميدانية.

- أن يرجع إلى الجذور الأصلية وراء هذا السلوك ، من خلال فهم الاتجاهات النظرية المفسرة له.
- تعريف علاقة السلوك العدائي بغيره من المتغيرات ذات الصلة.

من خلال ما سبق يمكن وضع تعريف إجرائي للتنمر على أنه إساءة استخدام القوة الحقيقية أو المدركة بين الطلاب داخل المدرسة ، ويحدث ذلك حدوثاً مستمراً ومتكرراً بغرض السيطرة على الآخرين من خلال أفعال سلبية عدوانية ومؤذية ، يقوم بها طالب أو أكثر ضد طالب آخر أو أكثر فترة من الوقت ، وهو سلوك إيذائي مبني على عدم التوازن في القوة.

نسب انتشار السلوك العدائي *Prevalence of Bulling Behavior*

يُعد العدائية من المشكلات واسعة الانتشار في المدارس التي لايعلم عنها الأهل شيئاً ، ولاسيما في مجتمعاتنا ، وللتنمر آثار سيئة جداً على ضحاياه معظمها نفسية وإن كانت تصل إلى الإيذاء الجسدي في بعض الأحيان. لذلك يعد العدائية مجالاً مهماً للدراسة بسبب تزايد معدلات انتشاره بمرور الوقت واستخدامه في مواقف متزايدة وثبات تبعاته الطويلة المدى والقصيرة (اليحيى ، ٢٠٠٩)

باتت ظاهرة العدائية تتزايد حجماً ونوعاً وأسلوباً ، ولاسيما مع زيادة العنف الأسري والعنف ضد الأطفال ، الذي صار يحدث بمعدلات

عالية في أنحاء العالم ، ويأخذ طابعاً وبائياً ينتشر انتشاراً خطراً في المجتمع المعاصر ، وفقاً للتقديرات الإحصائية التي تسجلها بعض المجتمعات ، ساعد على وصفه على أنه "وباء العنف" (Epidemic of Violence) كما تصفه "الرابطة الأمريكية للطب النفسي".

وكشفت إحدى الدراسات التي طبقت على بعض مدارس الولايات المتحدة الأمريكية أن ١٣% من الصف السادس و ٤٠% من الصف الثالث عادة يمثلون ضحية لأطفال متنمرين ، بينما ١٠-١٤% من هذه الصفوف هم أطفال متنمرون (Orpinas; Horne; & Staniszewski, 2003).

وتوصل "أولويس" (Olweus, 1993) في دراسة مسحية لأكثر من ١٥٠,٠٠٠ طالب اسكندينافي إلى أن ١٥% تقريباً من الطلاب أعمارهم من (٨-١٦) عاماً كانوا إما متنمرين أو ضحايا للتنمر بشكل منتظم بواقع ٩% من الطلاب كانوا ضحايا ، و٦% تنمروا على طلاب آخرين تنمراً منتظماً ، بل توصلت الدراسة إلى ما هو أبعد من ذلك وهو أن ١٧% من الضحايا تحولوا إلى أطفال متنمرين.

وتشير الإحصائيات الدولية إلى أن معدل انتشار العدائية في المدارس يتراوح من ١٠-١٥% وأن معدل ضحايا العدائية يختلف من بلد إلى آخر ، ففي اليابان يبلغ معدل الضحايا ٢٢% في المدارس الابتدائية ، و١٣% في المدارس المتوسطة ، و٦% بين طلاب المدارس

الثانوية ، وتقل قليلاً فى مرحلة الجامعة ، بينما يبلغ معدل الضحايا فى مدارس انكلترا بشكل عام حوالى ٢٠% تقريباً.

وتوصلت دراسة قام بها "بيلجرينى ولـونج" (Pellegrini & Long 2002) إلى حدوث زيادة فى السلوك العدائىى فى أثناء انتقال التلاميذ من المرحلة الابتدائية إلى الثانوية كما أن المتنمر يستهدف طالباً لديه أقلية من الأصدقاء ، ولكنه لا يستهدف المجموعة الكلية للطلاب فى المدرسة.

وتشير بعض البحوث إلى وجود ما يقرب من ١٠% إلى ٣٠% من الأطفال يتعرضون للمضايقة والعدائية خلال اليوم الدراسى (Nansel et al., 2001)

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن حالات العدائية عموماً فى تزايد ، ووفقاً لإحصائيات المركز القومى للتربية فإن ٨% من الطلاب أقروا بأنهم كانوا ضحايا للتنمر فى المدرسة فى الفصل الدراسى الثانى لعام ٢٠٠١. (Devoe et al., 2002)

وهناك دراسة قومية قام بها "ديفو" وآخرون (Devoe et al., 2002) من خلال المركز القومى للإحصاء والتربية فى الولايات المتحدة ، شملت طلاب الصفوف من (٦-١٢) وكان عدد المشاركين أكثر من ٢٤ مليوناً ، وطرح سؤال متشعب عما إذا المتنمرون قد تنمر عليهم فى المدرسة فى آخر ستة أشهر ، وأجاب ٨,٦% من الذكور ، و

٧,١% من الإناث بأنهم قد تعرضوا للتنمر خلال الأشهر الستة الماضية بنسبة إجمالية تقدر بـــ ٧,٩%.

وفى العام السابق لدراسة "ديفـــو" أجـــرى "نانـــسل" وآخـــرون (Nansel et al., 2001) دراسة بمساعدة من المعهد القومى لـــصحة الطفل والتطور الإنسانى ، وبلغ عدد المشاركين ١٥,٦٨٦ طالبـــاً فـــى الصفوف من (٦-١٠) ، وأعطى المشاركون تعريفاً للتنمـــر ، اشـــتمل على: المقصود بالعدائية ، ومظاهره السلبية والمتكـــررة ، ومتطلبـــات حدوثه ، وأقر ٢١% من الذكور بأنهم كانوا ضحايا للتنمـــر أحيانـــاً أو أسبوعياً ، كما أقرت ١٤% من الإناث بأنهن كن ضحيات العدائية خلال الفترة نفسها من الوقت.

من الواضح أن الأسئلة التى تناولتها الاستمارة الميدانية لدراسة "نانسل" وآخرين (Nansel et al., 2001) كانت أعم وأشمل ، حيـــث اشتملت على سؤال التكرار. وهو ما ميزها عن دراسة "ديفو" وآخـــرين (DeVoe et al., 2002) التى سألت فقط عن وجود تنمر أم لا. كمـــا أن "نانسل وآخرين" سألوا عن التعرض للتنمر فى أثناء التواجـــد فـــى المدرسة وخارجها ، بنما ســـأل "ديفـــو" وآخـــرين (DeVoe et al., 2002) تحديداً عن التعرض للتنمر داخل المدرسة فقط ، وهو مـــا أدى إلى ارتفاع النسب المئوية فى دراسة "نانسل" وآخرين (Nansel et al., 2001) موازنة بالنسبة المئوية من دراسة "ديفو" ورفاقه (DeVoe et

al., 2002) كما أنه لم تتضح الفترة الكلية التى استغرقتها "نانسل" وزملائه (Nansel et al., 2001) ففى دراستهم لم يحددوا مقدار الوقت الذى أجريت فيه الدراسة. وإذا ما طُبقت الاستبانة فى فصل دراسى أم فصلين.

وفى عام ٢٠٠٢ أجرى "أولويس" (Olweus) دراسة واسعة النطاق على ١١,٠٠٠ طالب من ٥٤ مدرسة ابتدائية ومتوسطة ، وتوصل فيها إلى: ازدياد النسبة المئوية للطلاب المعرضين للتنمر بنسبة تصل إلى ٥٠% تقريباً موازنة بعام ١٩٨٣. كما لوحظ ازدياد نسبة الطلاب الذين شاركوا (كمتنمرين ، أو ضحايا) التى تحدث على الأقل مرة أسبوعياً بنسبة ٦٥% تقريباً. وتعد هذه الزيادة كدليل على تطورات مجتمعية سلبية (Olweus & Solberg, 1996)

وأشار "أولويس وليمبر" (Olweus & Limber, 1999) و "سميث" وآخرون (Smkith; Morita; Junger-Tas; Olweus; Catalano & Slee, 1999) من خلال استخدامهم استبانة (العدائية / الضحية) إلى أن مشكلات العدائية توجد خارج الدول الاسكندينافية وجوداً مشابهاً أو حتى أعلى ولكن لا تعطى معدلات الدول الاسكندينافية نفسها. ويرجع ذلك إلى اختلاف الثقافة ، والبيئة المحيطة وغلى الاختلافات اللغوية ، ومعرفة التلاميذ بمفهوم العدائية ، ودرجة انتباه الرأى العام للظاهرة.

ويتنوع شيوع سلوك العدائية المباشر بين أطفال المدارس الابتدائية ، والثانوية وتتراوح نسبة انتشاره بين ٨% إلى ٤٦% خارج البيئة المدرسية (Boulton & Smith, 1994; Whitney & Smith, 1993; Wolke, Woods, Schulz, Stanford, 2001)

ويذكر "كريك ودودج" (Crick & Dodge, 1996) أنه رغم حدوث العدائية المباشر بين طلاب المدرسة الثانوية نجد أن الدراسات الأمبريقية قليلة على هذه الفئة العمرية.

ورغم أن الدراسات الحديثة قد صنفت الأطفال إلى متنمرين وضحايا ، إلا أنهم أشاروا إلى أنه من الممكن أن يتحول المتنمر إلى ضحية فى أوقات أخرى ، مما يساعد على ارتفاع نسب انتشار ظاهرة العدائية (Boulton & Smith, 1994; Stephenson & Smith, 1989; Sutton & Smith 1999)

واستخلص بعض الباحثين أمثال: (Wolke & Stanford, 1999; Bloom Field & Karstadt, 2001) أن السمات الشخصية ، والصحة ، والسلوكيات ، والمعارف الاجتماعية للمتنمرين والضحايا ربما تساهم مساهمة كبيرة فى انتشار السلوك العدائى من عدمه.

ووفقاً لما قام به "نانسل" وآخرون (Nansel et al., 2001) من سؤال عينة من الطلاب بأن يحددوا إذا ما كانوا متنمرين أم ضحايا من خلال تسجيل خمسة أنواع للعدائية: (العنصرية / المظهر ، الكلام ،

الضرب ، الصفع ، وإثارة إشاعات ، وتعليقات أو تلميحات جنسية). وكشفت نتائج الدراسة أن ٢٩,٩% من العينة أكدوا وجوداً متكرراً أو متوسطاً لسلوكيات العدائية ١٣% كمتنمرين ، ١٠,٦% كهدف للمتنمر ، ٦,٣% كل منهم متنمرين وضحية فى الوقت نفسه وأن ٨,٨% اعترفوا بتنمر الآخرين مرة أسبوعياً أو أكثر (العدائية المتكرر). وأقر ٨,٥% بأنهم كانوا متنمرين أحياناً و ٨,٤% كانوا متنمرين مرة واحدة فى الأسبوع أو أكثر. وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن الأولاد أكثر تنمراً من البنات ، وأن العدائية كان أكثر حدوثاً فى الصفوف من (٦-٨) ولم تتوصل الدراسة إلى اختلافات دالة عند عمل موازنات لتكرار العدائية بين الطلاب فى المدن والضواحى والقرى والمناطق الريفية.

أما فى الدول العربية فللأسف لم تحظ ظاهرة العدائية باهتمام يُذكر لا من المدارس ووزارات التعليم ، ولا من الباحثين. وعلى العكس ، يكاد يكون الاهتمام معدوماً. مما يجعلنا غير مطلعين إطلاعاً علمياً على النسب الحقيقية لهذه الظاهرة فى مجتمعاتنا العربية ، ولعل هناك أسباباً عدة تفسر عدم الاهتمام بالعدائية فى المدارس العربية وأهمها – فى نظرى – أن قليلين فقد يعون أهمية هذا الموضوع وانعكاساته ، وأن الأكثرية تنظر إليه كنوع من شقاوة الأطفال وشغب التلاميذ. وهذه النظرة لا تترك مجالاً لتصور الآثار النفسية والاجتماعية للتنمر. وربما يكون ذلك راجعاً إلى أن بهذه المشكلة كما أن الأطفال الضحايا بدورهم

ينكرون ولا يخبرون الراشدين بهذاء العدائية ، وذلك لأنهم يعتقدون أن المعلمين فى المدرسة يكونون غير قادرين على التدخل تدخلاً فعالاً لوقف العدائية ، أو بسبب اعتقادهم أيضاً أن تدخل هؤلاء المعلمين يمكن أن يجعلهم عرضة لمزيد من تنمر الأقران ومضايقتهم. (اليحيى ، ٢٠٠٩)

ويشير التقرير الإقليمى لمنظمة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلى أن البيانات حول حجم المشكلة قليلة بشكل عام ، وهذا يرجع إلى أسباب عدة ، منها: حساسية هذه القضية ، ولاسيما داخل الأسرة ، ومحدودية التبليغ عن مثل هذه الحوادث ، وعدم توافر آليات فعالة للتبليغ ، وغياب الثقة فى إمكان التصدى لها ، مع غياب الوعى بالآثار السلبية لهذه الممارسات على الأطفال وكذلك بمفهوم حقوق الطفل.

سلوك العدائية وعلاقتها بالمفاهيم الأخرى:

يذكر عبد العظيم (٢٠٠٧) أن تعريف سلوك العدائية هو أمر مهم، ولكن تعرف ما ليس بتنمر هو على الدرجة نفسها من الأهمية. فإذا كان العدائية هو سلوك خفى ومتكرر ويتضمن عدم توازن القوة بين المتنمر والضحية فإن هناك أنواعاً أخرى من السلوك قد يخلط بينها وبين العدائية أحياناً. لكنها تحدث فى العراء ولا تنطوى على عدم توازن القوة.

العدائية والصراع:

قد يدخل طالبان أو مجموعتان من الطلاب فى جدل أو عــراك لفظى أو جسمى عندما تتوهج الأمزجة وتخــرج الأمــور عــن حــد السيطرة، ومع أن تلك الصراعات ينبغى التعامل معها فــى المــدارس تعاملاً واضحاً وعادلاً إلا أنها لا تشكل تنمراً ، بل هى تعبر عن صراع الأقران ، وعلى هذا يختلف العدائية عن صراع الأقــران ، حيــث إن العدائية يحدث بين أفراد مختلفين وغير متساوين فى القوة الجــسمية أو النفسية ، فالمتنمرون عادة يكونون أقوياء جــسمياً والــضحايا ضــعافاً جسمياً وغير قادرين على حماية أنفسهم.

كما أن هناك فروقاً واضحة بين العدائية ونبذ الأقران تتجسد هذه الفروق فى أن لدى الطفل المنبوذ القدرة على أن يدافع عن نفسه ضــد الهجمات التى يوجهها إليه الأقران ، بينما يتضح الــشبه بــين الطفــل الضحية للعدائية والطفل المنبوذ فى أن كليهما يخضع لاتجاهات الأقران السالبة.

ويؤكد "ريغبى" (Rigby, 1995) على أن ما ينشب بين الأقران من صراع Conflict يكون فى الغالب وليد موقف ، ويكون عادة بين أفراد متساوين فى القوة ، وبالتالى لا يعد ذلك عداءاً ، فاختلاف القــوة بين العدائى والضحية تمثل المعيار الحقيقى لتحديــد ســلوك العدائيــة

ووصفه، وتتحدد الاختلافات بين سلوك العدائية وصراع الأقران فيما يأتى:

- فى سلوك العدائية يشترط وجود فارق فى القوة بين المتنمر والضحية ، أما فى صراع الأقران فليس بالضرورة وجود فارق فى القوة بين الطرفين المتصارعين، فمن الممكن أن ينشأ الصراع بين أثنين لهما القوة نفسها.
- أن العدائية يحدث عن قصد وعمد ويرمى إلى إلحاق الأذى والضرر بالضحية ، أما صراع الأقران فقد يحدث حدوثاً فجائياً نتيجة لموقف معين ، وبالتالى لا يتوافر فيه عامل القصد والنية لإيذاء الآخرين.
- لا يوجد تعاطف من المتنمر نحو ضحاياه ، حيث إن المتنمر لايشعر بالندم بل يلقى بالمسئولية على الضحية ، أما فى صراع الأقران فقد يغضب الطرفان المتصارعان ويشعران بالندم وربما يتعاطف كل طرف مع الطرف الآخر.
- يهدف المتنمر من وراء سلوكه إلى إبراز القوة واستعراضها ، وفرض السيطرة على الضحية ، أما فى صراع الأقران فإن ذلك لا يحدث حيث لا يهدف أى من الطرفين المتصارعين إلى إظهار القوة أو فرض سيطرة أحدهما على الآخر.

- *والجدول الآتى يلخص الفروق بين الصراع الطبيعى والعدائية:*

الصراع الطبيعى	العدائية
يحدث أحياناً	يتكرر حدوثه
عرضى (من دون قصد)	يحدث عمداً
ليس بالمشكلة الخطيرة	يميل إلى الأذى النفسى أو الجسدى أو العاطفى.
شعور طبيعى لردة الفعل	تكون ردة الفعل عنيفة وقوية تجاه الضحية.
لا يسعى إلى السلطة والسيطرة	يسعى إلى السلطة والسيطرة.
لا يسعى للوصول إلى هدف معين	هدفه هو إيذاء الضحية أو السيطرة عليه
نادم ويتحمل المسئولية	ليس للندم مكان – اللوم دائماً على الضحية
يبذل جهداً لحل المشكلة	لا يبذل أى جهد لحل المشكلة

العدائية والعدوان:

أما عن علاقة العدائية بالسلوك العدوانى فإن العدائية هو درجة هينة من العدوان ، فالعدوان سلوك يصدر من شخص تجاه شخص آخر أو نحو الذات لفظياً أو جسمياً ، وقد يكون هذا العدوان مباشراً أو غير مباشر ، ويؤدى إلى إلحاق الأذى الجسمى والنفسى إلحاقاً متعمداً بالشخص الآخر ، وبهذا فالعدوان أكثر عمومية من العدائية. ويختلف

سلوك العدائية عن السلوك العدوانى فى أن العدائية هو سلوك متكرر ، ويحدث بانتظام ويستمر فترة من الوقت ، وعادة يتضمن عدم التوازن فى القوة سواء كانت القوة جسمية أو نفسية مدركة ، فالعدائية هو نمط من العدوان ، ولهذا يمكن القول إن كل عنف Violence يُعد عدواناً جسمياً.

ورغم وجود بعض الاختلافات بين العدائية والعدوان Aggression إلا أن المتنمرين يتشابهون فى سماتهم الشخصية مع الأشخاص العدوانيين تشابهاً انفعالياً وأن الضحايا يتناسبون مع السمات الشخصية للأفراد العدوانيين (Camodeca; Goossens; Terwogh & Schuengel, 2002)

وقد توصلت العديد من الإحصائيات إلى أن العدوان بنوعيه العنف والعدائية لدى الأطفال بين (٧-١٥) عاماً فى تزايد مستمر ولعل خير دليل على ذلك تلك الإحصائية التى قام بها مكتب الإحصاء السويدى الذى هدف من خلالها إلى نمو الجريمة والعدائية ، والعنف فى السويد لدى الأطفال من الفترة بين (١٩٨١-٢٠٠٢) وكانت نتائجها كالآتى:

جدول (٢)

يوضح نمو العنف والعدائية لدى الأطفال فى السويد فى الفترة من (١٩٨١-٢٠٠٢)

العام	الأطفال الأقل من ٦ سنوات	الأطفال من ٧-١٥ سنة
١٩٨١	٢	٤٥
١٩٨٥	٤	٩١
١٩٩٠	٦	١٥١
١٩٩٥	١٢	٤٨٤
٢٠٠٠	٥	٤٢٤
٢٠٠٢	١١	٥٤٩

يتضح من عرض الجدول السابق أن معدل نمو العنف والعدائية في تزايد مستمر ولاسيما لدى فئة الأعمار من (٧-١٥) سنة وهم فئة الطلاب المستهدفين لنمو العنف والتطرف ، فبعد أن كان عدد حالات العنف والعدائية المدرسى عام ١٩٨١ حوالى (٤٥) حالة ، وصلت إلى ٢٠٠٢ إلى (٥٤٩) حالة. وهذا مؤشر يزيد المشكلة عمقاً وبحثاً. (Karen, 2004, p. 16)

ووجد بعض الباحثين أمثال (Crick & Dodge., 1996, Price & Dodge, 1989) أن المتنمرين يتصرفون تصرفاً عدوانياً

سواء بالمبادرة أم بالرد ، وأن الضحية يتصرف فقط بطريقة رد العدوان فقط.

ووجد "كاموديكا" وآخرون (Camodeca, Gossens, Terwogt & Schuengel, 2002) نتائج مشابهة لنتائج "كريك" و "دوج" على الأطفال الذين كانوا فى سن السابعة ولاسيما أن الكثير من المتنمرين كانوا يبدأون بالعدوان أكثر مما كان متوقعاً ، وكان الضحايا يروون العدوان أكثر من المتوقع.

وتوصل "سالميفالى ، ونيمينن" (Salmivalli & Nieminen, 2002) إلى نتائج مشابهة فى أن الضحايا ممن تتراوح أعمارهم من ١٠: ١٢ سنة أكثر رداً للعدوان من هؤلاء الذين لم يشتركوا فى العدائية موازنة بالأطفال ضحايا العدائية.

خصائص العدائيين وضحاياهم:

أ- خصائص العدائيين:

يمتلك المتنمر خصائص عدة تدفعه إلى العدائية ، فالمتنمر هو الشخص الذى يستخدم القوة مقترنة بالعدوان عند التفاعل مع الأقران ، ويميل إلى الهيمنة والسيطرة على الضحية ؛ نتيجة لعدم توازن القوة بينه وبين الضحية التى تمثل مظهراً رئيساً فى دينامية العدائية.

.كما أن لدى المتنمرين حاجة قوية للهيمنة وإخضاع الطلاب الآخرين ، لتأكيد ذواتهم بالسلطة والتهديد ، ولكى يشقوا طريقهم ، ويمكن أن التباهى الفعلى أو المتوهم بالتفوق على الطلاب الآخرين. ويمكن أن يكونوا حادى المزاج ، يغضبون بسهولة ، ومندفعين ، ولا يتسامحون مع الإحباط. وينظر إلى المتنمرين على أنهم من النوع الفظ والصلب ، وتعاطفهم قليل مع الطلاب الذين يقعون ضحايا. عندما يواجهون حول سلوكهم ، فمن المرجح أن يحاولوا التنصل من الموقف بإنكارهم فعل أى شئ خاطئ. العدائيين فى كثير من الأحيان يحاولون إلقاء اللوم على ضحاياهم ، ويقولون شيئاً من هذا القبيل: "إنهم يستحقون ذلك"!!!!

وأورد "أولويس" (Olweus, 1993-1997) أن لدى العدائيين تاريخاً من الإساءة ، ويتعاطون المخدرات ، وأن هؤلاء العدائيين فى الطفولة قد يكونون مجرمين فى سن الرشد ، كما أن هؤلاء العدائيين يظهرون مستويات مرتفعة من الاندفاعية والحاجة إلى القوة والهيمنة على الآخرين.

ويشير "واسطون" (Waston, 1997) إلى أن المتنمرين يظهرون مستوى أقل من القلق وعدم الشعور بالأمن ، وهذا يتعارض تماماً مع أن لدى العدائيين تقدير ذات منخفضاً ، وهذا يرجع إلى حقيقة أن المتنمرين يدركون أفعالهم بوصفها مبررة ، وأنهم يحصلون على

تعزيزات من الأقران ، ولهذا يشعر العدائي بالأمان لأن سلوك العدائية يعطيهم الإحساس بالتحكم والهيمنة على الضحية.

ولقد درس "ريغبي ، وسيلي" (Rigby & Slee, 1993) الموضوع على مجموعة من الأطفال ممن هم في عمر عشر سنوات واستخدم فيها مقياس أيزنك للشخصية ، ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات ، وذلك بهدف دراسة العلاقة بين تقدير الذات وأبعاد الشخصية وسلوك العدائية ، ولقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن لدى المتنمرين تقدير ذات مشابهاً للأطفال العاديين ، لأن الإحساس بالقوة لديهم يجعلهم يتحكمون في سلوك الأطفال الضحايا الضعاف وأن لدى هؤلاء المتنمرين اتجاهات إيجابية نحو العنف.

يحدد المتنمرين عادة الطلاب الأضعف نسبياً والمعزولين هدفاً لهم. ويكون لديهم حاجة قوية إلى الهيمنة عليهم وإخضاعهم وفرض السلطة عليهم ، ومن أجل تنفيذ هذه الآلية والسيطرة يكون المتنمر مضطرب المزاج ، وسريع الغضب ، ومندفعاً ، ولديه قدر قليل من التسامح ، والتعاطف مع غيره.

وأشار "أولويس" (Olweus, 1990-1996) في مجموعة بحوثه إلى أن أهم ما يميز العدائيين حبهم الشديد في الهيمنة على الآخرين وميلهم الشديد نحو العنف ، وسرعة التعبير عن المشاعر الداخلية ، والخلل في النظام والتعاطف ، ومنهم من يحب الخوض في تجارب

سلوكية سلبية وغير مقبولة اجتماعياً مثل: السرقة ، ونهب الممتلكات ، وشرب الكحول ، والتدخين ، والانقطاع عن الدراسة وحمل أسلحة ... إلخ.

والطفل المتنمر يكون دائماً شارد الذهن لا يأكل بشهية ، ولايشارك أسرته فى أفراحها وأحزانها ، ويتدهور مستواه المدرسى ، ولا يحب الذهاب إلى المدرسة ويكرهها.

كما إن هؤلاء المتنمرين يفتقرون إلى التعاطف نحو ضحاياهم ، ولديهم تبريرات عن العدائية الذى يقومون به ، وهى أن الضحايا يستحقون العقاب ، وقد يكون هذا العدائية تغطية للشعور بعدم الكفاءة وانخفاض تقدير الذات وغالباً يكون المتنمر عدوانياً ، واندفاعياً ، وغالباً ما يتمتع بالقوة الجسمية والمكانة الاجتماعية بين الأقران ، كما إن لدى هؤلاء العدائيين استعدادات مضادة للمجتمع ، ويميلون إلى كسر القواعد والقوانين المدرسية ومن ثم فإنهم يظهرون تدنياً فى التوافق المدرسى ، ويميلون إلى تعاطى المخدرات والتدخين وغالباً يأتى هؤلاء المتنمرين من أسر يستخدم فيها العقاب الجسمى القاسى ، ومن ثم يتعلمون أن الهجوم والاعتداء الجسمى هو الأسلوب الملائم للتعامل مع المشكلات التى تواجههم.

كما يكون لدى العدائيين رؤية إيجابية عن العدائية ، وعن الذات ، والاندفاعية ، والقوة الجسمية ، ولديهم نقص فى الشعور بالأمن ،

والقلق ، وانخفاض مستوى التحصيل ، والميل إلى تعاطى المخدرات والتدخين.

ويمكن تصنيف الطفل المتنمر وفقاً لخصائصه إلى ما يأتى:

- **العدائى السلبى:** وهو الذى يسلك طرائق غير انفعالية فيها ترو ولا يميل دائماً إلى العدوان ويوصف بالعدائية القلق حيث إنه أكثر شعوراً بعدم الأمن.
- **العدائى الفعال:** أو العدوانى وهو اندفاعى وانفعالى ، ويشعر بالتهديد باستمرار ويعتقد أن عدوانه مبرر ، فالعدائي العدوانى هو التلميذ الجرئ ، الشجاع ، والقوى ، والواثق من نفسه ، وهؤلاء العدائيين لا يعرفون اليأس ، والإحباط ، ولديهم ميل إلى العدوان ميلاً كبيراً (عبد العظيم ، ٢٠٠٧).

وفى ضوء ما تقدم يمكن تحديد خصائص الطلاب الذكور ، وأخرى تخص الإناث ، وخصائص أخرى يشترك فيها كل من الذكور والإناث من الطلبة العدائيين وهى:

الذكور	الإناث
– دفع الطلبة.	– الكيد.
– ركل الطلبة بالأرجل.	– التجاهل.
– ضرب بالأيدى.	– العزل.

الذكور	الإناث
- العض.	- المقاطعة.
- البصق.	- نشر الشائعات.
- تكسير ممتلكات الآخرين وتخريبها.	- تشويه السمعة.
- سرقة ورمى.	- الإساءة اللفظية.
- استعراض وتحرش.	- التبلد مع الأصدقاء.
- مخالفة للروتين والنظام.	- التشهير بالسمعة.
- ضجة وتكسير كراسى ومقاعد.	- الاتهام بعلاقات غير سوية.
- مكالمات هاتفية ومعاكسات.	- اللطم.
- نقد الآخرين بكلمات قاسية.	- النقد اللاذع.
- الاعتراض.	- السخرية.
- التحقير وإهانة الذات.	
- الابتزاز.	
- الاتهامات.	
- التمييز.	
- نشاط زائد واندفاعية وقوة جسمية. - عدوانية تجاه الأقران والمعلمين. - ليس لديهم قلق مرتفع ويعانون انخفاض تقدير الذات. - نقص التعاطف نحو ضحاياهم فهم لا يشعرون بالندم عن سلوك	

الذكور	الإناث
العدائية تجاه الضحايا. - يأتون من أسر يوجد بها نقص فى الاهتمام والدفء بالأطفال ونقص فى المراقبة ويكثر بها استخدام العدوان الجسمى واللفظى. - لديهم اتجاهات أكثر إيجابية نحو العنف ولديهم حاجة قوية إلى الهيمنة والسيطرة على الآخرين. - لديهم مستوى مرتفع من التوكيدية. - يسهل استثارتهم وينجذبون نحو المواقف ذات المحتوى العدوانى. - لديهم مشكلات أسرية وتاريخ من الإساءة الجسمية والانفعالية فى الأسرة. - يبررون ويدافعون عن أفعالهم ويقولون إن الضحية هو الذى يستفزهم وبالتالى يستحق العقاب.	

ب- خصائص ضحايا العدائية:

هناك عدة خصائص يتصف بها الطلاب ضحايا العدائية وتجعلهم عرضة لتنمر الآخرين ، وحيث إنه لا يوجد بروفيل وصفى يساعد المدارس على تحديد الطلاب ضحايا العدائية ، فهناك بعض المؤشرات التى تظهر أن هؤلاء الطلاب يكونون ضحايا للتنمر ، مثل نقص الأصدقاء ، وبالتالى فإن الضحية يعانى العزلة الاجتماعية ،

والقلق الاجتماعى ومن ثم يكون هدفاً سهلاً للمتنمر ؛ بسبب نقص شبكة الأصدقاء التى قد تدعمهم وتساندهم ضد هجوم المتنمر ، والعامل الآخر الذى يجعل الضحية مستعداً لأن يكون ضحية للتنمر هو السن ، فغالباً يكون ضحايا العدائية أطفالاً صغار السن ، علاوة على أن هؤلاء الضحايا يتصفون بالقلق والحساسية ويكونون مذعنين وضعاف الجسم ويعانون الخجل والقلق ، والشعور بعدم لأمان ، وانخفاض تقدير الذات، ونادراً ما يدافعون عن أنفسهم عندما يعتدى عليهم الطلاب المتنمرون ، كما إنهم يعانون نقص التوافق الانفعالى والاجتماعى ، والنقص فى العلاقة مع زملاء الفصل ، ونقص المهارات الاجتماعية ، والتوكيدية ، ولديهم نشاط زائد ، وأقل قدرة على التحكم فى مشاعرهم ، ولديهم مستويات مرتفعة من الضغوط ، ودرجاتهم منخفضة فى التحصيل المدرسى وانخفاض المكانة الاجتماعية بين الأقران ، وشعور بضعف التكيف الاجتماعى والعاطفى. مما يجعلهم عرضة لأن يكونوا ضحايا.

ويشير "ليمبير" وزميله (Limber & Nation, 1998) إلى أن الضحية تميل إلى الهدوء وتوخى الحذر والحساسية الزائدة ؛ لأنه يشعر أنه أضعف من أقرانه.

ويشير "أولويس" (Owlweus, 1993) إلى أن حالة انعدام الأمن فيما يتعلق بالضحايا تُعد عاملاً أساسياً فى استمرار تعرض الضحية للتنمر نتيجة الخوف والترهيب.

كما يعانى ضحايا العدائية من تشتت الانتباه ، وعدم التركيز (Limber & Nation, 1998).

يُعد الذكور ذوو البنية الجسدية الضعيفة هم الأكثر تعرضاً للتنمر. أما الإناث فإن المظهر الجسمى وقلة عدد الصديقات يجعلهن أكثر عرضة من غيرهن للوقوع كضحية لسلوكيات المتنمرين. (Horwood; Waylen; Williams & Wolke, 2005)

كما أوضحت نتائج الدراسة التى قام بها "مينارد" (Mynard, 1997) أن الطلاب ضحايا العدائية يظهرون مستويات مرتفعة من: الاكتئاب ، والشعور بالوحدة ، والنبذ من الأقران ، ونقص الثقة بالنفس.

ووفقاً لرأى "نيلور ورفاقه (Naylor, Cowie & Del Rey, 2001) و "مشنا ، وألاجيا" (Mischna & Alaggia, 2005) يحاول الضحايا ببساطة تحمل المأزق نتيجة للموقف أو لتجنب الموقف ، بسبب الخوف من إلقاء اللوم عليهم ، بأنهم هم سبب العدائية أو لأنهم يعتقدون أنه يجب أن يحلوا المشكلة بأنفسهم ، كما توصل "مشنا ، وألاجيا" (Mischna & Alaggia, 2005) إلى أن معوقات كشف الضحية عن المتنمر عليه ؛ ترجع لعدد من الأسباب أهمها: السرية ، والضعف ، ولوم الضحية لذاته ، والرد بالمثل ، واستسلام الطفل وتوقعاته المرتبطة بفاعلية تدخل الشخص البالغ. فقد يعتقد الضحايا أن الإبلاغ عن كونه الضحية لشخص بالغ من الممكن أن يؤدى إلى تصغير أو إهمال

الموقف (Mischna & Alaggia, 2005) ويمثل إهمال الموقف العدائي ، والفشل فى كشف العدائية للآخرين طرائق غير فعالة لمواجهة العدائية.

وقد يقرر هؤلاء الضحايا الانخراط فى سلوكيات عدوانية تجاه الشخص العدائى أو العدائيين ، ووفقاً للضحايا المعتدى عليهم فإن عدم فعل أى شئ يعنى أنهم ضعفاء (Camodeca & Goosen, 2005) ، كما توصل "سالميفالى" وآخرون (Salmivalli et al., 2006) إلى أن تحدى النفس أو حتى الهجوم على الذات لم يخلُ من الشك بأنها استجابة للتنمر ، فالاستجابات العدوانية المقابلة كانت شائعة بشكل مثير للدهشة لدى الضحايا الذكور كما هو واضح من خلال التقارير الذاتية وتقارير الأقران ، وقد يكون العدوان المقابل ، إستراتيجية دفاعية يستخدمها ضحايا العدائية إلا أن ٧٠% من الضحايا أقروا بعدم الرد بعدوانية تجاه المتنمر (Salmivalli et al., 2006).

ويشير (Mynard, 1997) إلى أن الضحايا من الناحية النمطية هم من الأطفال الذين يمكن التغلب عليهم (جسدياً ، وعقلياً ، أو عاطفياً) من جانب المتنمر. وهم عادة أكثر قلقاً وغير واثقين من أنفسهم عن الطلاب الآخرين. هؤلاء الأطفال فى كثير من الأحيان يقفون موقفاً سلبياً تجاه العنف واستخدام العنف فى التعامل مع الآخرين. الضحايا عادة ما يعانون تدنى احترام الذات وينظرون إلى أنفسهم نظرة سلبية.

وهم يعدون أنفسهم فى كثير من الأحيان فاشلين وأغبياء ، وممتلئين بالخزى ، وغير جذابين. ويمكن أن يدفعهم ذلك للاعتقاد بأنهم يستحقون أن يمارس عليهم العدائية. وغالباً ما يكون الضحية وحيداً وبلا أصدقاء ، ومن المنبوذين فى المدرسة.

ويمكن تصنيف ضحايا العدائية إلى: (عبد العظيم ، ٢٠٠٧)

- **ضحايا سلبيين:** أو مذعنين وغير حازمين ، ولا يردون إذا تعرضوا لهجوم أو إهانة. وغالباً يكون هؤلاء الضحايا ضعاف الجسم عن معظم زملاء الفصل ويتجنبون العنف ، ولديهم صعوبة فى توكيد أنفسهم بين أقرانهم ، وغالباً يكونون منعزلين اجتماعياً ، ويعانون الشعور بالوحدة النفسية ، ويكونون أكثر قلقاً موازنة بأقرانهم ، ولديهم نقص فى الأصدقاء ، وبالتالي يكون من السهل وقوعهم فريسة للمتنمر ، كما إنهم يشعرون بعدم الأمن ، ويهاجمون باستمرار ويفشلون فى الدفاع عن أنفسهم ، ويستجيب هؤلاء الضحايا للتنمر من خلال التجنب والانسحاب والهروب ، حيث يتجنبون الأماكن المدرسية التى يقع فيها العدائية ، ويتجنبون الأنشطة المدرسية ويبكون بسهولة ، وينهارون سريعاً عندما يتعرضون للتنمر.
- **ضحايا استفزازيين:** وهم عادة يكونون اندفاعيين وعدوانيين وتسهل استثارتهم عاطفياً ويحاولون الثأر والانتقام إذا ما اعتدى

عليهم ، وهؤلاء يكونون مكروهين ومنبوذين من الأقـران ، ولديهم نقص فى المهارات الاجتماعية وصعوبة فى تكوين الأصدقاء ، وبالتالى فإنهم يميلون إلى الاغتراب عن زملائهم فى الفصل ، وغالباً ما يحصل التلميذ المتنمر على المتعة من استفزاز هؤلاء الضحايا واستثارتهم ، وذلك عن طريق الإغاظة والسخرية منهم ، والتوبيخ لهم ، والتقليل من شأنهم ، فيحاولون إطالة الصراع حتى وإن كانوا خاسرين.

ويطلق "أولويس" (Olweus, 1993) على هذا النوع من الضحايا اسم الشخصية المتنمر حيث يكون ضحية فترة معينة من الوقت، ثم بعد ذلك يميل إلى العدائية مع الأطفال الأصغر سناً والأضعف منه وجعلهم يعانون كثيراً المشكلات النفسية والسلوكية (ميكانيزم الإزاحة) ، وأن هؤلاء الضحايا المستفزين غالباً ما يتسم سلوكهم بالعدوان والنشاط الزائد ، وهذا هو ما يستفز زملاءهم فى الفصل ، ويجعلهم يعتدون عليهم ، وأن هؤلاء الضحايا يميلون إلى الجدل والكذب ، ولديهم مستوى مرتفع من العدائية التى قد تظهر فى تفاعلاتهم مع الآخرين.

ويشير عبد العظيم (٢٠٠٧) إلى نقطة مهمة وهى أن هؤلاء الضحايا المستفزين يمارسون سلوك العدائية على غيرهم ، مما يجعلهم متنمرين وضحايا فى الوقت نفسه لمتنمرين آخرين ، وهذا نوع من

الضحايا يصعب التعامل معه ؛ لأنهم يظهرون سلوكاً عدوانياً لكنهم أيضاً يكونون عرضة للمتنمرين ولأنهم يميلون إلى العدائية ، فمن الصعب التعاطف معهم عندما يصبحون ضحايا للمتنمرين.

استراتيجيات مواجهة العدائية:

بدأ الاهتمام بدراسة سلوك العدائية فى السبعينات من القرن الماضى (Bidwell, 1997) وقد ازدادت الدراسات الأجنبية فيه بعد ذلك ووضعت البرامج الوقائية المتعددة للتخلص من هذا السلوك فى العديد من الدول المتقدمة ، (Olweus, 2001) فطرح فى أسبانيا مشروع "لنتعلم معاً بروح التضامن والأخوة" كما طرح فى الاتحاد الأوروبى: "المشروع التعاونى للتخلص من العدائية". أما فى كندا فقد أطلق مشروعا "معاً ننير الطريق". وفى اليابان وضع دليل خاص بإدارة الأزمات يوزع على المدارس ، بينما أطلقت فى أمريكا حملة للتوعية ضد العدائية ، من خلال معهد سلامة الأطفال ، والمركز القومى لسلامة المدارس.

ليس بالضرورة نجاح فنية سلوكية ، أو أسلوب سلوكى معين مع كل أنواع العدائية ، وفى هذا الصدد يؤكد "فيتيلو ، وستوف" (Vitiello & Stoff, 1997) أن المتنمرين يمكن معالجتهم باستخدام الفنيات السلوكية لتقليل السلوك العدائى ، كما يمكن مساعدة المتنمرين من خلال

المكافأة فى حالة البعد عن السلوك العدائى بدلاً من إيذاء أفراد آخرين. كما اتضح أن العلاج بالعقاقير مفيد فى تقليل السلوكيات العدائية لهؤلاء الذين يردون العدائية ، إضافة إلى ذلك يمكن تطبيق العلاج النفسى لمساعدة المتنمرين فى تقليل العداء والمستويات المثارة عند إثارته.

يُعد تعلم استراتيجيات فعالة لمقاومة العدائية أمراً مهماً ، لأن الفشل فى مواجهة العدائية يمكن أن يؤدى إلى تفاقم النتائج والمشكلات التى قد تستمر إلى مرحلة البلوغ (Atlas & Pepler, 1998; Schafer et al., 2005) فبينما يكون بعض الضحايا قادرين على التغلب على العدائية ، فهناك ضحايا آخرون غير قادرين على استخدام استراتيجيات مقاومة فعالة لإنهاء العدائية. فالأطفال الذين قد تنمر عليهم خلال فترة طويلة من الوقت غالباً يكون لديهم اعتقاد سلبى عن قدرتهم على تغيير الموقف العدائى لمصلحتهم ، فنقص الثقة بالنفس فى القدرة على استخدام استراتيجيات غير عنيفة ، ونقص الانتباه إلى استخدام استراتيجيات غير عنيفة ، تقرر ارتباطهما بمعدلات أعلى لحدوث العدائية (Bosworh; Espelage & Simon, 1999). لذلك ركزت بعض البرامج لتنمية بعض المهارات والثقة بالنفس ، وزيادة الانتباه ، وتقدير الذات للتقليل من سلوك العدائية.

كما أشار "فوكس ، وبولتن" (Fox & Boulton, 2005) إلى أهمية تنمية المهارات الاجتماعية فى الحد من العدائية.

وتقوم برامج التدخل الناجحة القائمة على المدرسة بـأكثر مـن مجرد الوصول إلى الطفل الفرد ولكنها أيضاً تطالـب بتغييـر الثقافـة ومناخ المدرسة ، ويتضح أن معظم البرامج الفعالة فى منع أو الحد من العدائية في المدرسة تشمل إستراتيجية مكثفة متعددة المستويات تستهدف المتنمرين ، والضحايا ، والمتأهبين ، والعائلات والمجتمعات ويجب أن تشمل استراتيجيات منع العدائية أو تقليله فى المدارس تـدخلات علـى مستوى الفصل المدرسى مصممة لتغيير الثقافة والمناخ الكلى للمدرسة ، وتستهدف المعلمين والبالغين الآخرين فى المدرسة ، وتـدخلات علـى مستوى الطالب تستهدف فرداً أو مجموعة صـغيرة مـن المتنمـرين والضحايا.

وتُعد إستراتيجية طلب المساعدة أحد الاسـتراتيجيات الدفاعيـة الفعالة للتغلب على العدائية ، حيث توصل "أنيفر ، وكورنل" (Unneve & Cornell, 2004) إلى أن الضحايا فى الصفوف الدنيا من المرحلة الابتدائية سجلوا حالات أعلى للتنمر موازنة بالضحايا فـى الـصفوف العليا ، وعندما كان العدائية دائماً أو نافذاً فإن الطـلاب كـانوا أكثـر احتمالية لأن يطلبوا المساعدة ، فهناك فروق مميزة بين الـضحايا فـى احتمالية طلب المساعدة ضد العدائية ، رغم أن هناك بعض الـضحايا يطلبون المساعدة من المعلم إلا أن البعض الآخر يفضل مناقشة الموقف العدائى مع أحد الأقران أفضل من مناقشته المعلم أو ولى الأمر.

وأقر "هنتر وبويـل" (Hunter & Boyle, 2002) أن وضـع برامج تستهدف تنمية القدرة على السيطرة على الموقف وتغييره تساعد فى الحد من العدائية.

ووفقاً لآراء "أولويس" (Olweus, 1993) و "أتـلاس وبيلبـر" (Atlas & Pepler, 1998) فإن ٨٥% من الطلاب المتنمر عليهم فى المرحلة الثانوية ذكروا أن معلم الصف لم يتحدث معهم عن العدائيـة ، ورغم ذلك كان أكثر تدخلاً لمنع العدائية موازنة بأقران الضحايا ، وذلك لأن المعلمين يدركون أن إدارة الصف مـسئوليتهم (Naylor et al., 2001)

فقد حاول نيلور وآخـرون (Naylor et al., 2001) تفـسير العدائية وسلوك طلب المساعدة تفسيراً كاملاً باستقصاء الفـروق بـين الجنسين والعمر بين ضحايا العدائية ، كما درس كيفية تـأثير الجـنس والعمر على احتمالية أن يطلب الضحية المساعدة لتقليل العدائية داخـل المدرسة. وتوصل إلى أن الإناث أكثر احتمالية فى إخبار شخص ما عن كونهم متنمراً عليهم موازنة بالذكور. كما أن احتمالية إخبار شخص ما عن العدائية على الضحية زادت أو نقصت مع العمر. فكلما تتقدم الإناث فى العمر فهناك احتمال كبير بأنهن يخبرن شخصاً بالغاً أو قريناً عـن كونهم ضحايا. والعكس صحيح بخصوص الذكور ، فكلما تقدم الـذكور فى العمر أصبح هناك احتمالية أقل لطلب المساعدة (Naylor et al., 2001). ووفقاً "لبالـدرى وفـارنجتون" (Baldry & Farrington,

(2000 فإن الأطفال ضحايا العدائية غير المباشر كونهم مثلاً مُبعدين اجتماعياً ، فمن المحتمل أن يواجهوا العدائية بالانسحاب.

ودرس "وميلازرد ، ولامب" (Remillard & Lamb, 2005) الاستراتيجيات الدفاعية التى وجدها الضحايا الإناث مفيدة فى التغلب على العدائية غير المباشر. وتبين أن هناك ثمانية معايير هى: (المواجهة المركزة على المشكلة ، والتفكير المرغوب فيه ، والانفصال ، وطلب الدعم الاجتماعى ، والتركيز على السلوك الإيجابى ، ولوم الذات ، وتقليل القلق ، والمحافظة على الذات) تُعد أساس الاستراتيجيات الدفاعية المعرفية والعاطفية التى يستخدمها ضحايا العدائية المباشر. فكلما تعرضت الإناث للأذى انخرطن فى التفكير فى تقليل القلق والمحافظة على الذات ، والإناث اللاتى طلبن الدعم الاجتماعى كانوا أكثر احتمالية لإدراك أن المتنمر مايزال يعدهم صديقات ، وأقررن بأنهن مازلن يشعرن بالقرب من هذا الشخص. (Remillard & Lamb, 2005)

بالإضافة إلى أن "أولافسن ، وفيمير" (Olafsen & Viemero, 2000) استكشفا الاستراتيجيات الدفاعية التى يستخدمها الضحايا الإناث فى العدائية غير المباشر ووجد أن الإناث ضحايا العدائية غير المباشر يستخدمون أسلوب: رد العدوان ، والدفاع الذاتى ، ومواجهة المشكلة بدلاً من الهروب منها.

تكامل الأدوار للحد من العدائية:

مشكلة العدائية ليست باختلاف المصطلح ، وإنمـا بالمعالجـة ، فهناك ثلاثة آراء فى المعالجة: الرأى الأول يقول إن علاج تلك الحالات يجب أن يتم داخل المدرسة ، أو إدارة التعليم أو حتى الـوزارة ، وأن يكون العلاج تربوياً لأن الوزارة جهة تربية وتعليم ، وهذا جـزء مـن مسئولياتها ، فهى الجهة المعنية بالتربية ، فالتجاوزات هى أخطاء فردية ومرحلية ليست بدافع إجرامى أو انتقامى ، ومتى ما نقلت المشكلة مـن إطارها التربوى إلى الجهات الشرطية ، وهيئة التحقيق والادعاء العام ، تتحول إلى جنح وجرائم يحرم خلالها الطلاب والمعلمـون ، وتعـالج ضمن إطار الجريمة التى تنتهى بالعقوبات والسجن بدلاً من أن تقومـه تربوياً وتعالجه سلوكياً ولا تدفع به إلى السجن.

أما الرأى الثانى فيرى أن الإيذاء الجسدى ، والتحرشات البسيطة والعنف غير المؤدى حتى لو تمت فى المدرسة ، فإنها جميعهـا تقـع ضمن مسئوليات الجهات الأمنية الشرطية ، ويجب رفعها مباشرة إلـى جهات الضبط والتحقيق ، ثم المحاكم لأنه اعتداء جسدى وإيذاء نفسى ، وتعدى على الحقوق ، أياً كان مستوى ذلك الإيذاء ، وبالتالى ما يحدث داخل المدرسة هو نفسه ما يحـدث فـى الـشارع ، وأن لا جغرافيـة للجريمة ، وأن المكان ليس مبرراً لإسقاط الحقـوق ، وأن الجغرافيـا

لاتقرر حجم الجريمة وشكلها ، أى أن المدرسة ليست فوق القانون ، أو خارج مسئولية تطبيق القانون.

هذه جدلية قانونية وتربوية ليست بالحديّة ، لأن لها منطقة وسطاً، يمكن للتربويين أن يصلوا إلى حل مع القانونيين وأجهزة الضبط والتحقيق.

والرأى الثالث الذى يتشكل بين هذين الرأيين هو إعطاء المساحة الكافية للتربويين فى المعالجة التربوية ، لكن يجب ألا تدفن كل القضايا فى مكاتب إدارات المتابعة والإدارات القانونية ورفوفها تحت مظلة أو حجة المعالجة التربوية ، لذا يجب أن تكون هناك عين على التربية ، وعين على الشرطة ، وليتذكر أهل التربية أن للآخرين حقوقاً.

إن علاج قضية العدائية والوقوف على أبعادها يتطلب أولاً قناعة تامة بوجودها بعيداً عن النفى المستعجل ، والرفض القاطع لها ، ومتى ما توفرت هذه القناعة فإننا نكون قد وضعنا أولى خطوات الوقوف على أبعادها كمشكلة ، ومن ثم وضع الحلول اللازمة لعلاجها بطرائق شتى ، أهمها الصراحة التامة بين الطالب والطالبة ووالديهما أو إخوانهم الأكبر سناً ... ومتابعة الأسرة لحالة الطالب أو الطالبة أولاً فأولاً من خلال تبادل أخبار المدرسة ، وبصفة يومية ليعرف الوالدان أو أرباب الأسر من أبنهم أو ابنتهم الكثير عما يحدث فى المدرسة وهنا تقف الأسرة على أولى خطوات المشكلة وتداركها.

الجانب الآخر في العلاج هو التوعية الإعلامية من خلال تكثيف البرامج المتخصصة الإعلامية التى يجب أن تبث عن حالات العدائية، وتقابل عدداً من الطلاب والطالبات السابقين أو الحاليين ليتحدثوا عن هذه القضية سواء كانوا من ضحايا العدائية أم ممن مارسوا هذا العدائية وتطرح قضاياهم على المجتمع ، أيضاً تفضيل الإدارات المتخصصة فى قطاعات التعليم التى تعنى بالوقوف على مشكلات الطلاب والطالبات فى المدارس فى مثل هذه الحالات والقضاء على أى ممارسات إرهابية طفولية وعلاجها بالطرائق المثلى ، المهم أن ندرك أن هناك مشكلة!!.

كونوا قريبين جداً من أبنائكم وبناتكم سواء كانوا فى المرحلة الابتدائية أم المتوسطة أم الثانوية ، ودعوهم بكل تلقائية يتحدثون يومياً عن أخبار يومهم الدراسى وستسمعون من بعضهم الكثير من الخفايا التى تحدث فى مدارسهم وفى صفوفهم بعيداً عن التعليم وبعيداً عن أعين المدرسين والمدرسات.

ومن الأكثر احتمالاً أن تكون الخطط المرسومة والبرامج ناجحة إذا شارك المجتمع المدرسى ، وتكاملت الأدوار ، وساهم وشارك كل عناصر العملية التعليمية المدرسية (NWREL, 2001) ويجب أن يعبر المديرون عن دعمهم للبرامج ، ويجب أن تكون الموارد المالية متاحة ، وأن يتكامل البرنامج مع المنهج المدرسى.

أهداف ومتطلبات التدخل العلاجى:

يمكن أن ينفذ الاختصاصيون الاجتماعيون والنفسيون بالمدرسة عدداً من الاستراتيجيات العلمية التطبيقية على كل مستوى من مستويات التدخل ويجب أن تهدف التدخلات على المستوى المدرسى من خلال أربعة أهداف هى:

١- أن يهيأ المناخ المدرسى ، وأن يكون البيت بيئة متميزة بالدفء ، والاهتمام الإيجابى ومشاركة أفراد الأسرة.

٢- ضرورة وجود قيود ثابتة على السلوك غير المضبوط.

٣- التطبيق المنسق للعقوبات الجزائية غير البدنية للسلوك غير المضبوط أو خرق القواعد.

٤- أن يتصرف البالغون من منطلق كونهم سلطات رقابية ونماذج للدور الإيجابى.

برامج مواجهة العدائية:

هناك عدة برامج لمواجهة العدائية ومن هذه البرامج برنامج أولويس متعدد المستويات لمنع العدائية:

بُنى برنامج "أولويس" على مبادئ أساسية مشتقة أساساً من بحث تطور سلوكيات المشكلة وتحديدها ولاسيما السلوك العدوانى واستمر بناؤه وتطويره وتقييمه ٢٠ عاماً.

ويشتمل برنامج "أولويس" فى مكافحة العدائية على خمس خطوات أو مراحل أساسية هى:

المرحلة الأولى: ويستطلع فيها رأى الآباء والمعلمين والتلاميذ عن سلوك العدائية ، وذلك من خلال استخدام استبيانات كل على حده ، تتضمن مدى معرفتهم بالعدائية ، وطبيعته ، وأنواعه ، وآثاره ، وتكون هذه الاستبانات بمثابة أدوات قياس يُستدل من خلالها على مدى نجاح البرنامج فى النهاية.

المرحلة الثانية: وفيها يعقد مجلس للآباء والمعلمين والإداريين داخل المدرسة ، وتطرح نتائج هذه الاستبانات وتوضح أبعاد المشكلة وآثارها.

المرحلة الثالثة: وهى مرحلة العمل على مستوى الفصل الدراسى ، وتسند إلى المعلم ، إذ يعمل مناقشات جادة بينه وبين الطلاب داخل الفصل يلقى عليهم القوانين والقواعد التى تمنع سلوك العدائية فى المدرسة ، ويبصرهم بمخاطره وما سيترتب عليه من أضرار للضحية وعقوبات للعدائية.

المرحلة الرابعة: وهى مرحلة التدخلات المباشرة مع المتنمرين والضحايا من خلال برامج تستهدف زيادة المهارات الاجتماعية والمهارات التوكيدية لدى ضحايا العدائية والتدريب على مهارات حل الصراع.

المرحلة الخامسة: وهى مرحلة التقويم أو التقييم وتتضمن نتائج البرنامج.

الفصل الثانى عشر
بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى

١- السرقة.

٢- الغيرة.

٣- الكذب.

٤- اضطراب الانزواء والانطواء عند الطفل.

٥- الخوف.

٦- القلق.

٧- الأنانية.

٨- الخجل.

الفصل الثانى عشر

بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى

أولاً: السرقة

مفهوم السرقة:

السرقة هي محاولة ملك شيء يشعر الطفل أنه لا يملكه، وعليه يجب على الطفل أن يعرف أن أخذ شيء ما يتطلب إذناً معيناً لأخذه، وإلا أعتبر سرقة.

والسرقة مفهوم واضح لدينا نحن الكبار نعرف أبعاده وأسبابه وأضراره، ونحكم على من يقوم به الحكم الصحيح، ونستطيع تحاشي أن نكون الضحية.

أما الطفل فإنه لا يدرك تماماً مفهوم السرقة وأضرارها على المجتمع ونظرة الدين و القانون والأخلاق إليها.

والسرقة تقلق الأهل أكثر من غيرها في سلوك الأطفال وهو ما يدعوه الأهل بسلوك المجرمين، وبالتالي فإنهم يظهرون اهتماما كبيراً بذلك، ففي كل عام يذهب حوالي ٢٥٠٠٠ طفل إلى الإصلاحية بسبب السرقة.

ويتعلم الأطفال أن السرقة عمل خاطيء إذا وصف الآباء والأمهات هذا العمل بالخطأ وعاقبوا أطفالهم في حال الاستمرار في ممارسته، بذلك يبدأ مفهوم السرقة بالتبلور لدى الطفل.

أسباب السرقة:

إن الأطفال يسرقون لعدة أسباب وهو يدركون أن ما يأخذونه يعود لغيرهم وهناك عدة أسباب للسرقة منها:

١. يمكن أن يوجد لدى الأطفال نقص ما في بعض الأشياء وبذلك يضطر للسرقة لتعويض ذلك النقص، والبعض من الأطفال تؤثر عليهم البيئة التي يعيشون بها وخاصة إذا كان أحد الوالدين متوفى، أو كان الوالد مدمن على الكحول أو أن تكون البيئة نفسها فقيرة وهذه عناصر تساعد الطفل على أن يسرق لزيادة شعوره بالنقص في مثل هذه الظروف.

٢. شعور بعض الأهل بالسعادة عندما يقوم ابنهم بسرقة شيء ما وبهذا يشعر الطفل بالسعادة ويستمر في عمله.

٣. بعض الأطفال يقومون بعملية السرقة لإثبات أنهم الأقوى خصوصاً أمام رفقاء السوء، ولعلهم يتنافسون في ذلك، وبعضهم يشعر بمتعة هذا العمل.

٤. قد يسرق الطفل رغبة في تقليد من هم أكبر منه سناً، الوالد أو الأخ أو غيرهم ممن يؤثرون عليه حياته.

٥. الأطفال من الطبقات الدنيا يسرقون لتعويض ما ينقصهم بسبب فقرهم لعدم وجود نقود يشترون بها، أو يحصلون على ما يريدون، فالأطفال يقومون بسرقة ما يمنعه الأهل عنهم وهم يشعرون باحتياجهم له فإنهم يعملون على أخذه دون علم الأهل.

٦. قد يكون دافع السرقة أخراج كبت يشعر به الطفل بسبب ضغط معين، ولذا يقوم بالسرقة طلباً للحصول على الراحة، وقد يكون سبب الكبت إحباط أو طفل جديد.

طرق الوقاية:

١. تعليم القيم: على الأهل أن يعلموا الأطفال القيم والعادات الجيدة، والاهتمام بذلك قدر الإمكان، وتوعيتهم أن الحياة للجميع وليس لفرد معين، وحثهم على المحافظة على ممتلكات الآخرين، حتى في حال عدم وجودهم، نشوء الطفل في جو يتسم بالأخلاق والقيم الحميدة يؤدي إلى تبني الطفل لهذه المعايير.

٢. يجب أن يكون هناك مصروف ثابت للطفل ـ يستطيع أن يشتري به ما يشعر أنه يحتاج إليه فعلاً، حتى لو كان هذا المصروف صغيراً، ولو كان مقابل عمل يؤديه في المنزل بعد المدرسة، يجب أن يشعر الطفل بأنه سيحصل على النقود من والديه إذا احتاج لها فعلاً.

٣. عدم ترك أشياء يمكن أن تغري الطفل وتشجعه للقيام بالسرقة مثل النقود وغيرها من الوسائل التي تساهم بتسهيل السرقة باعتراضهم.

٤. تنمية وبناء علاقات وثيقة بين الأهل والأبناء، علاقات يسودها الحب والتفاهم وحرية التعبير حتى يستطيع الطفل أن يطلب ما يحتاج إليه من والديه دون تردد أو خوف.

٥. الإشراف المباشر على الطفل بالإضافة إلى تعليمهم القيم والاهتمام بما يحتاجونه فالأطفال بحاجة إلى إشراف ومراقبة مباشرة حتى لا يقوم الطفل بالسرقة وإن قام بها تتم معرفتها من البداية ومعالجتها، لسهولة المعالجة حينها.

٦. ليكن الوالدين ومن يكبرون الطفل سناً هم المثل الأعلى للطفل بمعاملته بأمانه وإخلاص وصدق، مما يعلم الطفل المحافظة على أشياءه وأشياء الآخرين.

٧. تعليم الأطفال حق الملكية حتى يشعرون بحقهم في ملكية الأشياء التي تخصهم فقط، وتعلمهم كيف يردون الأشياء إلى أصحابها إذا استعاروها منهم وبإذنهم.

العلاج:

١. **التصرف بعفوية:** عند حدوث سلوك السرقة يجب على الأهل البحث عن الخطأ والأسباب التي دعت إلى ذلك السلوك سواء كان ذلك من داخل البيت أو من خارجه والتصرف بأقصى سرعة.

٢. **السلوك الصحيح:** يجب أن يفعل الأهل ما يرونه في صالح أطفالهم وذلك بمعالجة الأمر بروية وتأني، وذلك بأن يعيد ما سرقه إلى الشخص الذي أخذه منه مع الاعتذار منه ودفع ثمنه إذا كان الطفل قد صرف واستهلك ما سرقه.

٣. **مواجهة المشكلة:** معالجة الأمر ومجابهته بجدية سيؤدي إلى الحل الصحيح وذلك لخطورة الموقف أو السلوك وذلك يتطلب معرفة السبب وراء سلوك الطفل هذا المسلك الغير مناسب ووضعه في مكان الشخص الذي سرقه وسؤاله عن ردة فعله وشعوره إذا تعرض هو لذلك.

٤. **الفهم:** يجب علينا أن نفهم لماذا قام الطفل بذلك وما هي دوافعه وذلك قد يكون مرجعه إلى الحرمان الاقتصادي بسبب نقص مادي يشعر به الطفل أو لمنافسه زملاؤه ممن يملكون النقود، وقد يكون السبب الحرمان العاطفي وذلك لشعور الطفل بالحرمان من الحنان والاهتمام ممن هم حوله، وقد يكون لعدم إدراك الطفل لمفهوم السرقة وما الفرق بينها وبين الاستعارة، وبالتالي الفهم الصحيح للسبب يترتب عليه استنتاج الحل المناسب، فإذا كان الدافع اقتصادي يتم تزويد الطفل بما يحتاجه من نقود وإفهامه بأن يطلب ما يحتاجه، أما إن كان الحرمان عاطفياً فيجب إظهار الاهتمام به وبحاجاته وقضاء الوقت الكافي معه وقد يكون لعدم الإدراك وهنا يجب التوضيح للطفل ما تعني السرقة وما الفرق بينها وبين الاستعارة، وشرح القواعد التي تحكم الملكية له بأسلوب بسيط وتجنب العقاب حتى لا يترتب عليه الكذب.

٥. عند حدوث السرقة يجب عدم التصرف بعصبية ويجب أن لا تعتبر السرقة فشل لدى الطفل، ولا يجب أن تعتبر أنها مصيبة حلت بالأسرة، بل يجب اعتبارها حالة خاصة يجب التعامل معها ومعرفة أسبابها، وحلها وإحسان طريقة علاجها، ولكن دون المبالغة في العلاج، وأن لا تكون هناك مبالغة في وصف

السرقة، والمهم في هذه الحالة أن نخفف من الشعور السيئ لدى الطفل بحيث نجعله يشعر بأننا متفهمون لوضعه تماماً، وأن لا توجه تهمة السرقة للطفل مباشرة.

٦. **المراقبة:** على الأهل مراقبة سلوكيات أطفالهم كالسرقة والغش، ومراقبة أنفسهم لأنهم النموذج لأبنائهم وعليهم مراقبة سلوكياتهم وألفاظهم وخصوصاً الألفاظ التي يلقبون بها الطفل حين يسرق كما يجب أن يشرح له أهمية التعبير، ومعرفة الأهل أن الأطفال حين يقعون في مشكلة فإنهم بحاجة إلى مساعدة وتفهم الكبار ومناقشتهم بهدوء.

يجب أن لا يصاب الآباء بصدمة نتيجة سرقة ابنهم وأن لا يأخذوا في الدفاع عنه حتى لا يتطور الأمر ويبدأ الطفل بالكذاب توافقاً مع دفاع أهله عنه بل الواجب أن يتعاونوا من أجل حل هذه المشكلة.

ثانياً: الغيـــــرة

هي العامل المشترك في الكثير من المشاكل النفسية عند الأطفال ويقصد بذلك الغيرة المرضية التي تكون مدمرة للطفل والتي قد تكــون سبباً في إحباطه وتعرضه للكثير من المشاكل النفسية.

والغيرة أحد المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب... ويجب أن تقبلها الأسرة كحقيقة واقعة ولا تــسمع فــي نفــس الوقــت بنموها... فالقليل من الغيرة يفيد الإنسان، فهي حافز على التفوق، ولكن الكثير منها يفسد الحياة، ويصيب الشخصية بضرر بالغ، وما الــسلوك العدائى والأنانية والارتباك والانزواء إلا أثراً من آثار الغيــرة علــى سلوك الأطفال. ولا يخلو تصرف طفل من إظهار الغيرة بــين الحــين والحين.... وهذا لا يسبب إشكالا إذا فهمنا الموقف وعالجنــاه علاجــاً سليماً.

أما إذا أصبحت الغيرة عادة من عادات السلوك وتظهر بصورة مستللأسرة،ا تصبح مشكلة، ولاسيما حين يكون التعبير عنهــا بطــرق متعددة والغيرة من أهم العوامل التي تؤدى إلى ضعف ثقة الطفل بنفسه، أو إلى نزوعه للعدوان والتخريب والغضب.

والغيرة شعور مؤلم يظهر في حالات كثيرة مثل ميلاد طفل جديــد للأسرة ، أو شعور الطفل بخيبة أمل في الحصول على رغباته ، ونجاح

طفل آخر في الحصول على تلك الرغبات ، أو الشعور بالنقص الناتج عن الإخفاق والفشل.

والواقع أن انفعال الغيرة انفعال مركب، يجمع بين حب التملك والشعور بالغضب، وقد يصاحب الشعور بالغيرة إحساس الشخص بالغضب من نفسه ومن إخوانه الذين تمكنوا من تحقيق مآربهم التي لم يستطع هو تحقيقها. وقد يصحب الغيرة كثير من مظاهر أخرى كالثورة أو التشهير أو المضايقة أو التخريب أو العناد والعصيان، وقد يصاحبها مظاهر تشبه تلك التي تصحب انفعال الغضب في حالة كبته ، كاللامبالاة أو الشعور بالخجل ، أو شدة الحساسية أو الإحساس بالعجز ، أو فقد الشهية أو فقد الرغبة في الكلام.

ومع أن هاتين الكلمتين تستخدمان غالبا بصورة متبادلة، فهما لا يعنيان الشيء نفسه على الإطلاق، فالحسد هو أمر بسيط يميل نسبياً إلى التطلع إلى الخارج، يتمنى فيه المرء أن يمتلك ما يملكه غيره، فقد يحسد الطفل صديقه على دراجته وتحسد الفتاة المراهقة صديقتها على طلعتها البهية.

فالغيرة هي ليست الرغبة في الحصول على شيء يملكه الشخص الأخر، بل هي أن ينتاب المرء القلق بسبب عدم حصوله على شيء ما... فإذا كان ذلك الطفل يغار من صديقه الذي يملك الدراجة، فذلك لا يعود فقط إلى كونه يريد دراجة كتلك لنفسه بل وإلى شعوره

بأن تلك الدراجة توفر الحب... رمزاً لنوع من الحب والطمأنينة اللذين يتمتع بهما الطفل الأخر بينما هو محروم منهما، وإذا كانت تلك الفتاة تغار من صديقتها تلك ذات الطلعة البهية فيعود ذلك إلى أن قوام هذه الصديقة يمثل الشعور بالسعادة والقبول الذاتي اللذين يتمتع بهما المراهق والتي حرمت منه تلك الفتاة.

فالغيرة تدور إذا حول عدم القدرة على أن نمنح الآخرين حبنا ويحبنا الآخرون بما فيه الكفاية، وبالتالي فهي تدور حول الشعور بعدم الطمأنينة والقلق تجاه العلاقة القائمة مع الأشخاص الذين يهمنا أمرهم.

والغيرة في الطفولة المبكرة تعتبر شيئاً طبيعيا حيث يتصف صغار الأطفال بالأنانية وحب التملك وحب الظهور، لرغبتهم في إشباع حاجاتهم، دون مبالاة بغيرهم، أو بالظروف الخارجية، وقمة الشعور بالغيرة تحدث فيما بين ٣ – ٤ سنوات، وتكثر نسبتها بين البنات عنها بين البنين.

والشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على حياة الفرد ويسبب له صراعات نفسية متعددة، وهى تمثل خطراً داهما على توافقه الشخصي والاجتماعي، بمظاهر سلوكية مختلفة منها التبول اللاإرادي أو مص الأصابع أو قضم الأظافر، أو الرغبة في شد انتباه الآخرين، وجلب عطفهم بشتى الطرق، أو التظاهر بالمرض، أو الخوف والقلق، أو بمظاهر العدوان السافر.

. ولعلاج الغيرة أو للوقاية من آثارها السلبية يجب عمل الآتي:-

- التعرف على الأسباب وعلاجها.
- إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة والمدرسة وبين الزملاء.
- تعويد الطفل على أن يشاركه غيره في حب الآخرين.
- تعليم الطفل على أن الحياة أخذ وعطاء منذ الصغر وأنه يجب على الإنسان أن يحترم حقوق الآخرين.
- تعويد الطفل على المنافسة الشريفة بروح رياضية تجاه الآخرين.
- بعث الثقة في نفس الطفل وتخفيف حدة الشعور بالنقص أو العجز عنده.
- توفير العلاقات القائمة على أساس المساواة والعدل، دون تميز أو تفضيل على آخر، مهما كان جنسه أو سنه أو قدراته، فلا تحيز ولا امتيازات بل معاملة على قدم المساواة
- تعويد الطفل على تقبل التفوق، وتقبل الهزيمة، بحيث يعمل على تحقيق النجاح ببذل الجهد المناسب، دون غيرة من تفوق الآخرين عليه، بالصورة التي تدفعه لفقد الثقة بنفسه.
- تعويد الطفل الأناني على احترام وتقدير الجماعة، ومشاطرتها الوجدانية، ومشاركة الأطفال في اللعب وفيما يملكه من أدوات.

- يجب على الآباء الحزم فيما يتعلق بمشاعر الغيرة لدى الطفـل، فلا يجوز إظهار القلق والاهتمام الزائد بتلك المشاعر، كما أنه لا ينبغي إغفال الطفل الذي لا ينفعل، ولا تظهـر عليـه مـشاعر الغيرة مطلقاً.
- في حالة ولادة طفل جديد لا يجوز إهمال الطفل الكبير وإعطاء الصغير عناية أكثر مما يلزمه، فلا يعط المولود من العنايـة إلا بقدر حاجته، وهو لا يحتاج إلى الكثير، والذي يضايق الطفـل الأكبر عادة كثرة حمل المولود وكثرة الالتصاق الجسمي الـذي يضر المولود أكثر مما يفيده. وواجب الآباء كـذلك أن يهيئـوا الطفل إلى حادث الولادة مع مراعاة فطامه وجدانياً تدريجياً بقدر الإمكان، فلا يحرم حرماناً مفاجئاً من الامتياز الذي كان يتمتـع به.
- يجب على الآباء والأمهات أن يقلعوا عن المقارنـة الـصريحة واعتبار كل طفل شخصية مستقلة لهـا اسـتعداداتها ومزاياهـا الخاصة بها.
- تنمية الهوايات المختلفة بين الأخوة كالموسيقى والتصوير وجمع الطوابع والقراءة وألعاب الكمبيوتر وغير ذلك..... وبذلك يتفوق كل في ناحيته، ويصبح تقيمه وتقديره بلا مقارنة مع الآخرين.

- المساواة في المعاملة بين الابن والاالمريض، التفرقة في المعاملة تؤدى إلى شعور الأولاد بالغرور وتنمو عند البنات غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صور أخرى في مستقبل حياتهن مثل كراهية الرجال وعدم الثقة بهم وغير ذلك من المظاهر الضارة لحياتهن.
- عدم إغداق امتيازات كثيرة على الطفل المريض ، فأن هذا يثير الغيرة بين الأخوة الأصحاء ، وتبدو مظاهرها في تمنى وكراهية الطفل المريض أو غير ذلك من مظاهر الغيرة الظاهرة أو المستترة

ثالثاً: الكــــذب:

عادة ترتبط غالباً بالسرقة إذا عولجت بأسلوب خاطيء، بــدافع التهرب من العقاب الذي يمكن أن يقع.

مفهومه:

يمكن تعريف الكذب بأنه قول شيء غير حقيقي وقد يعود إلــى الغش لكسب شيء ما أو للتخلص من أشياء غير سارة.

الأطفال يكذبون عند الحاجة وفي العادة الآباء يشجعون الصدق كشيء جوهري وضروري في السلوك، ويغضبون عندما يكذب الطفل، والأطفال يجدون صعوبة في التميز بين الوهم والحقيقة، وذلــك خــلال المرحلة الابتدائية، ولذا يميلون إلى المبالغة، وفي سن المدرسة يختلــق الأطفال الكذب أحياناً لكي يتجنبوا العقاب، أو لكي تفوقوا على الآخرين أو لكي يتصرفوا مثل الآخرين، حيث يختلف الأطفال في مستوى فهــم الصدق.

ولقد ميز باجيه مراحل اعتقاد الطفل للكذب إلى ثلاثة مراحل:

- المرحلة الأولى: يعتقد الشيء أن الكذب خطأ لأنه شيء سيعاقب عليه.

- المرحلة الثانية: يبدو الكذب كشيء خطأ في حد ذاته وسوف يبقى ولو بعد زوال العقاب
- المرحلة الثالثة: الكذب خطأ ينعكس على الاحترام المتبادل والمحبة المتبادلة.د

الكذب عند الأطفال يأخذ عدة أشكال مضاف إليها:

١. القلب البسيط للحقيقة أو التغيير البسيط.

٢. المبالغة:يبالغ أو يغالط الطفل والده بشدة

٣. التلفيق : كأن يتحدث بشيء لم يقم به .

٤. المحادثة : يتكلم بشيء جزء منه صحيح وجزء غير صحيح.

٥. شكاية خاطئة : بأن يوقع اللوم على غيره فيما فعله هو.

أسباب الكذب :

١. الدفاع الشخصي : الهروب من النتائج غير السارة في السلوك، كعدم الموافقة مع الآباء أو العقاب.

٢. الإنكار أو الرفض: للذكريات المؤلمة أو المشاعر خاصة التي لا يعرف كيف يتصرف، أو يتعامل معها.

٣. التقليد:أي تقليد الكبار واتخاذهم كنماذج.

٤. التفاخر :وذلك لكي يحصل على الإعجاب والاهتمام .

٥. فحص الحقيقة: لكي يتعرف على الفرق بين الحقيقة والخيال.

٦. الحصول على الأمن : والحماية من الأطفال الآخرين.

٧. العداوة: تصرف بعداوة تامة تجاه الآخرين.

٨. الاكتساب: للحصول على شيء للذات.

٩. التخيل النفسي: عندما نكرر ونردد على مسامع الطفل أنه كاذب فسوف يصدق ذلك من كثرة الترديد.

١٠. عدم الثقة: الآباء قد يظهرون أحياناً عدم الثقة بما ينطق به أبناءهم وإن كان صدقاً، لذا يفضل الطفل أن يكذب أحياناً ليكسب الثقة.

الوقاية من الكذب:

١. أن لا يطلب من الأطفال أن يشهدوا ضد أنفسهم، أو أن يطلب منهم الاعتراف بأخطائهم، وبدلاً من ذلك يجب جمع الحقائق من

مصادر أخرى، ووضع القرارات بناءً على هذه الحقائق، وفي حال إذناب الطفل تجنب العقاب، ويجب مد يد العون للطفل.

٢. تأسيس مستوى للصدق وتشكيل قدوة للطفل.

٣. مناقشة الحكمة والمغزى من الصدق يتم التبيين فيها أن الكذب شيء غير محبب وكذلك السرقة والخداع.

٤. الابتعاد عن استعمال العقاب الذي يبدو أن الطفل يعفى منه لو دافع عن نفسه بأسلوب الكذب، لأن الأطفال سوف يكذبون حتى يوفروا على أنفسهم إهانات الكبار.

طرق العلاج:

١. العقاب: مساعدة الأطفال على التعلم بواسطة التجربة بتوضيح أن الكذب غير ناجح ويعمل الإضرار به، كما يجب أن يبين له أن الصدق أفضل ويقلل من العقاب، سامحه إذا قال الحقيقة وعاقبه عقاباً مناسباً إذا غير الحقيقة.

٢. تعليم الأطفال قيمة الصدق: لا يجب التغاضي عن كذب الأطفال ويجب حثهم على الصدق بقراءة قصص توضح لهم قيمة الصدق.

٣. البحث عن أسباب الكذب: يجب العمل على إيجاد الأمور التي جعلت الطفل يكذب ليتم تفادي ذلك في المستقبل، وفيما يلي الأسباب الرئيسية لكذب الأطفال:

١. لكي يحصلوا على الثناء، والحل إعطاء الطفل الثناء والاهتمام للأشياء الجيدة التي يفعلها وحينها يشعر الطفل بإشباع هذه الحاجة.

٢. تفادي العقاب: الحل وضع عقاب مناسب للكذب وتقديم حوافز للصدق والأمانة.

٣. التقليد: يقلد الأطفال الآباء في سلوكياتهم، إن كانوا لا يصدقون فبالتالي لن يصدق الطفل، والحل: أن يكون الأبوان مثالاً للصدق والأمانة وعدم الكذب.

٤. الخوف: يكذب الأطفال كثيراً لتفادي العقاب المترتب على الضعف الدراسي وعلى الآباء معرفة قدرة أبنائهم وتعليمهم الصدق في ذلك.

٥. لكي يحصل على أشياء يمتلكها لنفسه، والحل أن تساعده في اكتشاف طرق أخرى تساعده على الحصول على ما يريد.

٦. الشعور بعدم أهمية أعماله أمام الأعمال الباهرة التي يقوم بها الآخرون، والحل يكمن في مناقشة خوفه وضعفه، ورفع ثقته بنفسه.

٧. ضعف الوازع الديني لدى الطفل: والحل يمكن في تقوية هذا الوازع الديني لديه وتبيين نظرة الإسلام للكذب.

رابعاً: اضطراب الانزواء والانطواء عند الطفل

إن جذور هذه المشكلة هي البيت، من حيث نوعية العلاقة بين الوالدين ببعضهما البعض، ونوعية العلاقة بين الوالدين والأبناء، كما أن نوعية علاقة الأسرة بالأقرباء والجيران من الناحية العاطفية تؤثر تأثيراً كبيراً سلباً وإيجاباً في عملية الانطواء أو الانبساط، وللفروق الفردية من حيث التكوين الجسدي والنفسي والعقلي وما رافق حياة الطفل من ظروف محيطة خاصة، كل ذلك يحدد أيضاً ملامح شخصية الطفل المنبسطة أو المنطوية فكلما كان الطفل ذو تكوين جسمي سليم وقوي ونمو عقلي سليم و صحيح وكلما كانت حياة الطفل خالية من ظروف غير طبيعية وكانت علاقة الأبوين ببعضها ببعض وبأفراد الأسرة جيدة وكانت علاقة الأسرة بالجوار والأقرباء طبيعية و منتظمة كان الطفل أقرب إلى الانبساط منه إلى الانطواء، ومثل هذا الطفل غالباً ما يكون طبيعياً في المدرسة، فالطفل الاجتماعي في الأسرة والجريء لا يمكن أن يكون انطوائياً في المدرسة، أما الطفل الذي تربى تربية منعزلة فهو مهيأ أكثر من غيره للانطواء، حيث أن وجود مدرسة أو مدرس شديد أو مخيف الشكل أو التصرفات يجعل الطفل ينكمش ويبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع زملاؤه وخاصة إذا كانت الظروف المحيطة بالطفل ظروف متوترة وقد يكون السبب في الانطواء سفر الوالد وبقاء البيت دون علاقات اجتماعية كما أن وقوع أحداث مخيفة جداً يجعل

- الطفل يصاب بردة فعل قد تصل إلى درجة الانكماش عن كل شيء والانسحاب إلى الذات.

علاج اضطراب الانزواء:

إدخال الطفل في مجموعات متعددة النشاطات ومتعددة الفعاليات.

تشجيع الطفل لإنشاء صداقات وبذل الجهود لتوفير جو من المرح ودمج الطفل وتشجيعه على النقاش.

خامساً: الخـــــــوف

مفهومه:

الخوف عاطفة قوية غير محببة سـببها إدراك خطـر مـا،إن المخاوف مكتسبة أو تعليمية ، لكن هناك مخاوف غريزية مثل الخـوف من الأصوات العالية أو فقدان التوازن أو الحركة المفاجئة، إن الخـوف الشديد يكون على شكل ذعر شديد، بينما الكراهية والاشمئزاز تـسمى خوفاً ، أما المخاوف غير المعقولة تـسمى بالمخـاوف المرضـية،إن المخاوف المرضية عند الأطفال تتضمن الظلام والعزلـة والأصـوات العالية، المرض و الوحوش، الحيوانات غير المؤذية، الأماكن المرتفعة، المواصلات، وسائل النقل، الغرباء، وهناك ثلاث عوامل معروفة فـي مخاوف الأطفال:

١. الجروح الجسدية، الحروب، الخطف.
٢. الحوادث الطبيعية، العواصف والاضطرابات، الظلام والمـوت، وهذه المخاوف تقل تدريجياً مع تقدم العمر.
٣. مخاوف نفسية، مثل الضيق والامتحانات والأخطاء والحـوادث الاجتماعية والمدرسة والنقد.

الأسباب:

١. **الخبرات المؤلمة:** يحدث القلق عندما يكون هناك ضيق نفـسي، أو جرح جسدي ناتج عن خوف يشعر به الأطفال بالعجز، وبعدم

القدرة على التكيف مع الحوادث والنتيجة هي بقاء الخوف الذي يكون شديداً ويدوم فترة طويلة من الوقت، هناك مواقف تستثير هذا النوع من المخاوف، بعضها واضحة ومعروفة، بينما المواقف الأخرى غامضة ومجهولة.

٢. **إسقاط الغضب:** يغضب الأطفال من سوء معاملة الأهل، ومن الشعور بالغضب يصبح لديهم رغبة في إيذاء الكبار، إن هذه الرغبة غير مرغوبة ومحرمة، لذلك يسقطها على الكبار، إن إسقاط الغضب أم طبيعي ولكن الإزعاج والمضايقة أو الإسقاط المبالغ فيه أو طويل الأمد ليس طبيعياً، بعض الأطفال والمراهقون لم يتعلموا تقبل غضبهم أو التعامل معه.

٣. **السيطرة على الآخرين:** إن المخاوف يمكن أن تستعمل كوسائل للتأثير أو السيطرة على الآخرين، أحياناً أن تكون خائفاً الوسيلة الوحيدة والأقوى لجلب الانتباه وهذا النمط يعزز مباشرة الطفل لتكون له مخاوف، وهو يجعل الآخرين يتقبلون الطفل وهو يحصل على الإشباع عن طريق الخوف، مثاله الخوف من المدرسة، فالطفل يظهر خوفه من المدرسة حتى لا يذهب إلى المدرسة، والبقاء في البيت، وإذا كان الوالدان يكافئان الطفل على الجلوس في البيت الأمر الذي سيجعل الطفل يشعر أن الجلوس في البيت تجربة مستمرة وممتعة بالنسبة له وبالتالي

يجعل الخوف مطيه له.للسيطرة على الآخرين وقد يتحول هذا الخوف إلى عادة.

٤. **الضعف الجسمي أو النفسي:** عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى فإنهم سيميلون غالباً للجوء إلى الخوف خاصة إذا كانوا في حالة جسمية مرهقة وإذا كان فترة هذا المرض طويلة، إن هذه الحالة من المرض تقود إلى مشاعر مؤلمة وتكون المكيانزمات النفسية الوقائية عند الطفل لا تعمل بشكل مناسب، وبالتالي فإن الأطفال ذوي المفاهيم السالبة عن الذات والذين يعانون من ضعف جسدي يشعرون بأنهم غير قادرين على التكيف مع الخطر الحقيقي أو المتخيل.

٥. **النقد والتوبيخ:** إن النقد المتزايد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح، ويبررون ذلك بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون، ولذا فإن التوبيخ المستمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق، وسوف يعم الطفل شعوراً عاماً بالخوف، وبالتالي فإن الأطفال الذين ينتقدون على نشاطاتهم وعلى تطفلهم ربما يصبحون خائفين أو خجولين.

٦. **الإعتمادية والقوة:** إن الصراحة والقسوة تنتج أطفالاً خائفين أو يخافون من السلطة، إنهم يخافون من المعلمين أو الشرطة، وإن

توقعات الآباء الخيالية هي أيضاً من الأسباب القوية والمسئولة عن الخوف عند الأطفال، وعن فشلهم، حيث أن الآباء الذين يتوقعون من أطفالهم التمام في جميع الأعمال غالباً يتكون عن أطفالهم الخوف، ولا يستطيعون أن سلبوا حاجات الآباء، ويصبحون خائفين من القيام بأي تجربة أو محاولة خوفاً من الفشل.

٧. **صراعات الأسرة:** إن المعارك الطويلة الأمد بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأطفال تخلق جواً متوتراً وتحفز مشاعر عدم الأمان، وبالتالي يشعر الأطفال بعدم المقدرة على التعامل مع مخاوف الطفولة حتى مجرد مناقشة المشاكل الاجتماعية أو المادية التي تخيف الأطفال.

طرق الوقاية:

١. **الإعداد للتكيف مع المشكلة:** فمرحلة الطفولة هي أنسب المراحل لإعداد الأطفال للتكيف مع أي نوع من المشاكل الخاصة، ويجب أن يكون هناك من طرف الوالدين كم كبير من التفسيرات والتطمينات لأطفالهم.

٢. **التعريض المبكر والتدريجي لمواقف مخيفة:** وذلك حتى يعتاد الطفل على مواجهة مواقف مشابهة بعد ذلك تقع فجأة وسيساعد ذلك في منع حدوث مخاوف عميقة لدى الأطفال.

٣. **التعبير والمشاركة في الاهتمامات:** عندما يعيش الأطفال في جو هاديء حيث تناقش فيه المشاعر ويشارك فيها الأطفال يتعلم الأطفال بأن الاهتمامات والمخاوف شيء مقبول، ومن المناسب أن يتحدث في اهتمامات حقيقية أو مخاوف يخاف منها الأطفال ويعترف الكبار أن عندهم مخاوف من أشياء معينة وأن كل إنسان يخاف في وقت معين.

٤. **الهدوء واللياقة والتفاؤل:** إن عدم شعور الآباء بالراحة وشعورهم بالخوف يفزع الأطفال مباشرة ويعلمهم الخوف مثال ذلك الموت، فإن لم يستطع الآباء حل خوفهم الخاص بهم فإن الأطفال يتعلمون وبسرعة الخوف من الموت ويكون من الجيد أن يسمع الطفل عبارات تهدأ من روعه وتحثه أن يتمتع بوقته وأن يكون جاهزاً عندما يأتي الموت، وإفهامه أن الموت سيتعرض له الكل وهو شبيه بالولادة ومناقشة مفاهيم دينية بسيطة كوسائل لشرح الموت.

العلاج:

١. **إزالة الحساسية والحالة المعاكسة:** إن الهدف هو مساعدة الأطفال الحساسين جداً والأطفال الخائفين، حتى يكونوا أقل حساسية وبطيئوا الاستجابة لمجالات حساسيتهم، والقاعدة تقول أن الأطفال تقل حساسيتهم للخوف عندما يرتبط هذا الشيء المخيف مع أي شيء سار.

٢. **مشاهدة النموذج:** يمكن استعمال الأفلام للتقليل من مخاوف الطفل وتعويده على مشاهدة مواقف أكثر إخافة ويمكن أن يرى الطفل مواقف تحفزه على الشيء.

٣. **التدريب:** إن التدريب يمكن الأطفال أن يشعروا بالراحة عندما يكررون أو يعيدون مواقف مخيفة نوعاً ما.

٤. **مكافأة الشجاعة** : وذلك بامتداح كل خطوة شجاعة يقدم عليها الطفل وتقديم الجوائز له ، وكون الطفل يتمكن من تحمل جزء من موقف يخيفه فيجب مكافأته عليه.

٥. **التفكير بإيجابية والتحدث مع النفس** : بأن يقال للطفل أن التفكير في أشياء مخيفة يجعلهم أكثر خوفاً وأما التفكير بإيجابية تعود إلى مشاعر أهدأ وإلى سلوكيات أشجع.

إن معظم مخاوف الأطفال مكتسبة وفقاً لنظرية التعلم الشرطي أو التعلم بالاقتران والتقليد، فالخوف استجابة مشتقة من الألم، فطفل هذه المرحلة يتمتع بقدرة عجيبة على التوحد بين الوالدين في استجاباتهم الانفعالية المتصلة بالخوف وعليه يجب مراعاة الآباء لمخاوف أبنائهم ليساعدهم ذلك في تخطي العديد من مخاوفهم.

سادساً: القلـــــــق

مفهومه:

هو خوف من المجهول والمجهول بالنسبة للطفل هــو دوافعــه الذاتية، الدافع للعدوان والرغبات والإتكالية.....إلخ، فإن السلوك الناتج عن هذه الدوافع يواجه في الأعم الأغلب بالعقاب والتحريم، فلا يستطيع الطفل التعبير عنها ولكن ليس معنى ذلك أن هذه الدوافع قد ماتت، بــل تظل موجودة وتظل قابلة للاستثارة، وفي حالة استثارتها يبدي الطفــل مشاعر الخوف مما سيلقاه من عقاب ولكنه يجهل مصدر هذا الخوف.

أسباب القلق الرئيسية:

١. **الافتقار إلى الأمن:** وهو انعدام الشعور الداخلي بـــالأمن عنــد الطفل وكذلك فإن الشكوك تعتبر مصدر خطر.
٢. **عدم الثبات:** إن عدم الثبات في معاملة الطفل سواء أكان المعلم في المدرسة أم الأب في البيت واللذان يتصفان بعدم الثبات فـــي المعاملة يكونان سبباً أخر في القلق عنده.
٣. **الكمال/ المثالية:** وهي توقعات الآباء للإنجازات الكاملة لأطفالهم وغير الناقصة تشكل مصدر من مصادر القلق عنــدهم، وذلــك بسبب عدم استطاعتهم القيام بالعمل المطلوب منهم بشكل تام.
٤. **الإهمال:** يشعر الأطفال بأنهم غير آمنين عندما لا تكون هنـــاك حدود واضحة ومحدودة فهم يفتقرون إلى توجيه سلوكياتهم.

٥. **النقد**: إن النقد الموجه من الكبار والراشدين للأطفال يجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر، وإن التحدث عنهم وعن سيرتهم يقودهم إلى القلق الشديد، خاصة إذا عرف الأطفال أن الآخرين يقومون بعملية نقد لهم أو محاكمتهم بطريقة ما.

٦. **ثقة الكبار الزائدة**: بعض الكبار يثقون بالأطفال كما لو كانوا كباراً، غير حاسبين أن نضج الأطفال قبل الأوان يكون سبباً في زيادة القلق عندهم.

٧. **الذنب**: يشعر الأطفال أنهم قد أخطئوا عندما يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء أو تصرفوا تصرفاً غير لائق.

٨. **تقليد الآباء**: غالباً ما يكون الأطفال قلقين كآبائهم، لأنهم يراقبون آبائهم وهم يتعاملون مع المواقف بكل توتر واهتمام.

٩. **الإحباط المتزايد**: إن الإحباط الكثير يسبب الغضب والقلق، إذ أن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن الغضب بسبب اعتمادهم على الراشدين، ولذلك فإنهم يعانون من قلق مرتفع، وينبع الإحباط كذلك من شعورهم بأنهم غير قادرين على الوصول إلى أهدافهم أو أنهم لم يعملوا جيداً في المدرسة، بالإضافة إلى لوم الأطفال وانتقادهم على تصرفاتهم الغبية قد يزيد من الإحباط لديهم.

طرق الوقاية:

١. **تعليم الأطفال الاسترخاء:** لا يمكن أن يكـون الأطفـال قلقـين ومسترخين في آن واحد، فيجب أن يتعلم الأطفـال الاسـترخاء وأخذ نفس عميق وإرخاء عضلاته.

٢. **استخدام استراتيجيات عديدة لقمع القلق:** و ذلـك بـأن يفكـر الطفل بمشاهد هادئة ومفرحة، وهـذا يـساعده علـى إرخـاء عضلاته المتوترة، وهذا يجب أن يكون ضمن التـدريب علـى الاسترخاء، بالإضافة إلى التركيز على مشكلة واحدة بأن يختار الطفل ناحية من نواحي اهتماماته ويحاول حلها، إذا كان ذلـك ممكناً ومواجهة مشكلاته كل واحدة في وقت معين.

٣. **تشجيع الطفل للتعبير عن مشاعره:** وذلك يمكن بإشراك الطفل في مناقشات الأسرة، وتكون المشاركة حرة بحيث يتاح لهـم أن يعبروا عن أي مشاعر لديهم مثل الغضب أو الإحباط.

٤. **الطرق المتخصصة :** في حال أن يكـون القلـق طـويلاً فـإن المساعدة المتخصصة يجب البحث عنها إذا لم تنفع طرق الآباء في القضاء على القلق ومن هـذه الطـرق الـذي يـستخدمها المعالجون التنويم المغناطيسي لتقليل الحساسية المتزايدة.

سابعاً: الأنانيـــــــــة

الأطفال الأنانيون هم من يهتمون بأنفـــسهم أو بمـــصالحهم دون الاهتمام بمصالح الآخرين، حيث أن نظـــرة الأنـــانيين تقتـــصر علـــى حاجاتهم الخاصة واهتمام الطفل الأناني مركز على نفسه فقط وهذا مـــا يميزه عن بقية الأطفال العاديين.

إن مفهوم الأطفال الأنانيون عن أنفسهم مفهوم غيـــر وضـــح، ونظراتهم للآخرين هي نظرة سالبة، حيث ينقصهم الانتمـــاء للجماعـــة ويجدون صعوبة في علاقاتهم مع الأطفال الآخرين ومع الأقران.

أسباب الأنانية:

١. **الخوف** : المخاوف العديدة عند الأطفال تسبب الأنانية عنـــدهم مثل مخاوف البخل، الرفض، الابتـــذال، وهـــم عـــادة يجـــدون يـــشعرون بالغـــضب والفـــزع، وبالتـــالي يميلـــون إلـــى الأنانية،ويصبحون مهتمين فقط بسعادتهم وسلامتهم الشخـــصية، ولذلك يحاولون دائماً تجنب الأذى مـــن الآخـــرين، ولـــذلك لا يعرضون أنفسهم ولو نسبياً إلى الاهتمام بالآخرين، ولا يظهرون أي نوع من أنواع التغيير في حياتهم ، ودائماً يسودهم شـــعور بالقلق والتهيج وهم يرون الأشياء مـــن خـــلال أعيـــنهم فقـــط

ويفسرون وجهات نظر الآخرين بأنها مخجلة، هم متمركزين حول النفس ونكدين ومتقلبي الأطوار.

٢. **الدلال أو الدلع:** بعض الأطفال يحاولون إبعاد أطفالهم عن أية مواقف مزعجة، ويقدمون لأطفالهم الحماية الزائدة، ويحرصون على على إشباع كل ما يحتاجه أطفالهم، لذا ينشأ أطفالهم وهن غير قادرين على تنمية قوة الاحتمال أو تطوير ذواتهم وهذا يقودهم إلى الأنانية.

٣. **عدم النضج:** عدم الوعي الاجتماعي المناسب، (عدم التقيد بالاتفاقات وعدم تحمل المسئولية) إن الأطفال الذين لا يستطيعون تحمل الإحباط ويريدون الشيء الذي يريدونه عندما يريدونه، هؤلاء الأطفال لا يستطيعون المحافظة على كلمتهم وهم غير قادرين على تحمل المسئولية وهناك أسباب تمنع الأطفال من الوصول إلى النضج منها: الإعاقة، صعوبات اللغة، اضطرابات في النمو.

طرق الوقاية:

١. **تشجيع تقبل النفس:** وهو أن تجعل للطفل قيمة وأن يشعر بأنه محبوب و توفير الأمان لهم، فإن توافرت للطفل القيمة والمحبة والأمان يصبح عنده استعداد للاهتمام بمصالح الآخرين.

٢. **تعليم الأطفال الاهتمام بالآخرين:** " حقق سعادة الآخرين تحقق سعادتك " إن إظهار الاهتمام بأطفالك وبالآخرين يمثل نموذجاً رئيساً يعتبرها الطفل قدوة، بعكس أن يكون الأبوان أنانيان.

٣. **تربيتهم على بغض التسلط:** فتسلط الأطفال على الأطفال الضعفاء يشعر الآخرين بالأسى والفشل والحزن، لذا على الوالدين تربية الأطفال على عدم التسلط وحثهم على احترام الجميع.

٤. **تعويد الطفل على تحمل المسئولية:** وهي طريقة طبيعية لتعليم الأطفال الاهتمام بالآخرين مثال تعليمهم الاهتمام وعناية بعض الحيوانات الأليفة، فإن قيام الأطفال بالأعمال الخفيفة هي دلالة على تحملهم المسئولية.

طرق العلاج:

١. **تعليم الاحترام بواسطة لعب الدور** : حيث أن للآباء دور كبير في ذلك، بسردهم قصص فيها قيم واضحة تحث على عدم الأنانية، وتظهر سلوك الاهتمام بالآخرين على أنه السلوك الصحيح.

٢. **شرح ومناقشة وتعزيز النتائج الإيجابية للاهتمـــام بـــالآخرين:** وذلك بشكر الأطفال على أي سلوك يظهر فيه احترامـــاً نحـــو الآخرين، وشرح نتائج هذا الفعل في النفوس.

٣. **شرح ومناقشة التأثيرات السلبية للأنانية :** فلو كان الطفل أنانياً ، يجب على الأب أن يناقشه بطريقة لطيفة، ومناقشة المواقــف الأنانية وسلبيتها، مما يحفز الطفل أن يبتعد عن سلوك الأنانية.

٤. **مناقشة وعي الأطفال وخبراتهم السابقة :** فيجب تعليم الأطفال أن يكون متفتحي العقول وقابلين للنقاش، وأن يكونوا أقل خشونة في التعامل مع القضايا والمــشاكل، وإظهـــار الاهتمـــام بهـــم وبغيرهم.

ثامناً: الخجـــــل

مفهوم الخجل :

إن الأطفال الخجولين دائما يتجنبون الآخرين وهم دائمـــاً فـــي خوف وعدم ثقة ومهزومين، مترددين يتجنبون المواقف وينكمشون من الألفة أو الاتصال بغيرهم، وهم يجدون صعوبة فـــي الاشـــتراك مـــع الآخرين، وشعورهم المسيطر عليهم عدم الراحة و"القلق، وهـــم دائمـــاً متملمون ويتهربون من المواقف الاجتماعية.

والخفوف من التقييم السالب عندهم غالباً ما يكـــون مـــصحوباً بالسلوك الاجتماعي غير المتكيف، وهم لا يشاركون في المدرســـة، أو في المجتمع، ولكنهم ليسوا كذلك في البيت ، والمشكلة تكون أخطـــر إن كان هؤلاء الأطفال خجولين في البيت أيضاً .

أسباب الخجل:

١. **الشعور بعدم الأمن** : والذين يشعرون بقلة الأمن من الأطفال لا يستطيعون المغامرة، لأن الثقة تنقصهم ، وكذلك الاعتماد علـــى النفس، وهم مغمورون مسبقاً بعد الشعور بالأمن وبالإبتعاد عن المربكات، فلا يعرفون ما يدور حولهم بسبب موقفهم الخـــائف، ولا يمارسون المهارات الاجتماعية ويزداد خجلهم بـــسبب قلـــة التدريب والحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين.

٢. **الحماية الزائدة:** حيث أن الأطفال الذين تغمرهم الحماية الزائدة من الوالدين يصبحون غير نشيطين ولا يعتمدون على أنفسهم وذلك بسبب الفرص المحدودة لديهم للمغامرة كونهم قليلو الثقة بأنفسهم، لا يتعاملون مع بيئتهم أو مع الآخرين، ولذلك يتولد الشعور بالخجل والخوف من الآخرين.

٣. **عدم الاهتمام والإهمال:** يظهر بعض الآباء قلة اهتمام بأطفالهم فيشعر هذا النقص العام الأطفال بالدونية والنقص، ويشجع على وجود الإعتمادية عندهم، إن عدم الاهتمام بالأطفال يولد شخصية خائفة خجولة، ويشعرون حينئذ أنهم غير جديرين بالاهتمام.

٤. **النقد:** فإن انتقد الآباء علانية أطفالهم يساعد على تولد الخوف في نفوسهم، لأنهم يتلقون إشارات سالبة من الراشدين، فيصبحوا غير متأكدين وخجولين، وبعض الآباء يعتقد أن النقد هو الأسلوب الأمثل لتربية الأبناء، لكن النتيجة للنقد المتزايد هي طفل خجول.

٥. **المضايقة:** فالأطفال الذين يتعرضون للمضايقة والسخرية ينطوون على أنفسهم خجولين، وأصحاب الحساسية المفرطة تجاه النقد يرتبكون ويخجلون لو تعرضوا لسوء معاملة من إخوانهم الأكبر سناً، والشيء الأكبر خطورة هو نقد الطفل لمحاولتهم الاتصال بالعالم الخارجي.

٦. **عدم الثبات:** فأسلوب التناقض وعدم الثبات في معاملة الطفل وتربيته يساعد على الخجل، فقد يكون الوالدان حازمين جداً أحياناً، وقد يكونا متساهلين في أوقات أخرى والنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين وفي هذه اللحظة يصيبهم الخجل في البيت والمدرسة.

٧. **التهديد:** وقت أن يهدد الآباء الأطفال، وينفذون تهديداتهم أحياناً ، ولا ينفذونها آحياناً أخرى، يصبح لدى الأطفال رد فعل على التهديدات المستمرة بالخجل كوسيلة لتجنب إمكانية حدوث هذه التهديدات.

٨. **أن يلقب بالخجل** : حتى لا يتقبلها الطفل كصفة لازمة له ويحاول أن يبرهن أنه كذلك، بحيث يصير التحدث السلبي مع النفس شيئاً مألوفاً .

٩. **المزاج والإعاقة الجسدية:** هناك أطفال يبدون خجولين منذ ولادتهم، وبذلك يكون الخجل وراثياً ، كما أن بعض الأطفال يكونون مزعجين والآخرين هادئين، وهذا النمط قد يستمر سنين من حياته، والإعاقات الجسدية غالباً تسبب الخجل ومنها ماله علاقة بصعوبات التعلم أو مشاكل اللغة التي تؤدي إلى إنسحاب الطفل اجتماعياً .

١٠. **النموذج الأبوي:** والآباء الخجولون غالباً يكون لديهم أطفال خجولين، فيرغب الطفل أن يعيش أسلوب حياة الخجل كما يرى والديه، واتصالاتهم بالمجتمع قليلة جداً.

طرق الوقاية:

١. **التشجيع والمكافأة:** إن زيارة الناس الذين عندهم أطفال في نفس العمر شيء مفيد ونافع، وإن كان الطفل خجولاً فمن المفيد أن يذهب رحلات مع أطفال متفتحين، ويجب على الأبوين أن يشجعا طفليها أن يكون اجتماعياً.

٢. **تشجيع الثقة بالنفس:** يجب أن نشجع الأطفال وأن نمدحهم إن كانوا واثقين بأنفسهم، وذلك عندما يتصرفون بطريقة طبيعية ومع ذلك يجب أن يتعلموا انه ليس من الضروري أن ينسجموا مع كل شخص، كما أنه لا يجب أن تقدم حماية زائدة للطفل.

٣. **تشجيع السيادة ومهارات النمو:** يحب أن يقدم التدريب المبكر بشكل فردي للأطفال وعلى شكل مجموعات يستطيعون من خلالها إشباع ميولهم وتجعلهم يتفاعلون مع الآخرين.

٤. **قدم جواً دافئاً ومتقبلاً:** فالحب والانتباه لا يفسدان الأطفال كما يجب أن نستمع إليهم، وأن نسمح لهم بقول:لا، وأن نحترم استقلاليتهم.

طرق العلاج:

١. **إضعاف الحساسية للخجل:** فباستطاعة الأطفال أن يتعلموا أن المواقف الاجتماعية لا يلزم بالضرورة أن تكون مخيفة، يمكن أن يهدأهم الوالدان عند المواقف فبذلك يصبحون أكثر اجتماعياً تدريجياً، ولهم أن يتخيلوا كيف يقومون بسلوك اجتماعي كانوا يخافونه في السابق ثم دمجهم في مواقف حقيقة، وبالتالي سيقل خجلهم.

٢. **تشجيع توكيد الذات:** فيجب أن يسألوا بصراحة عما يريدون وكيف يمكن لهم التغلب على خوفهم وارتباكهم من اجل التعبير عن أنفسهم.

٣. **تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية:** وذلك عندما يشترك الأطفال في تدريبات جماعية، فإن بعض المحادثات والتفاعلات تحدث بالطبع، ولا بد من وجود قائد للمجموعة، وبهذا يمكن للطفل أن يعبر عن رأيه أمام الآخرين، ويمكن أن تقسيم التدريب الاجتماعي إلى الخطوات التالية:

أ. التعليم

ب _ التغذية الراجعة

جـ _ التدريب السلوكي

د_ التمثيل ولعب الدور

٤. **تشجيع التحدث الإيجابي مع النفس:** فإن أحد المظاهر المدمرة للطفل أن يعتقد في ذاته وشخصيته الخجل، ويأكد لنفسه أنه خجول ولا يستطيع الاتصال بالآخرين، لذا يجب أن نعلم الأطفال بأن الخجل هو سلوك يقوم به الأطفال والناس وهو ليس ملازماً فيهم، وأنه يمكن مقاومته بالتدرب على سلوكيات جديدة، تؤدي إلى إمكانية زيادة الاتجاهات الإيجابية وتحسين الاتصال مع الآخرين.

المـــراجــع

أولاً: المراجع الأجنبية:

أحلام عبد الغفار (٢٠٠٣) : "الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصـــة " _ دار الفجر للنشر والتوزيع ،القاهرة

أسماء بنت أحمد البحيصي (٢٠١١): الطفولة مشاكل وحلول.

السيد كامل الشربيني منصور(٢٠٠٠) : فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ' رسالة دكتوراة غير منشورة ،كلية الآداب جامعة الزقازيق .

جمال محمد الخطيب (١٩٩٢) : تعديل سلوك الأطفال المعوقين .دليل الآبـــاء والمعلمين ، الأردن ،عمان ، إشراق للنشر والتوزيع.

جمال مختار حمزة (١٩٩٢) : مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين في تغير اتجاهاتهم نحو الابن المتخلف عقلياً وفي تحسين توافقـــه ، رســـالة دكتوراه ، كلية التربية – جامعة عين شمس .

جيستين، ي.،ح.، ريتشارد.ل .ك. (١٩٩٤) : "التدريس الابتكاري لذوي التخلف العقلي ، ترجمة كمال سالم ، مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : التوجيه والإرشـــاد النفـــسي(ط .ثالثـــة)القاهرة : عالم الكتب.

زكريا الشربيني (٢٠٠٥): الاضطرابات السلوكية عند الأطفال.

سعيد محمد (١٩٨٩) : "النظرة الشمولية في تقويم القـــدرات العقليـــة للطفـــل المعوق عقلياً،مجلة كلية التربية ،جامعة عين شمس ،العدد ١٣،

سهير حلمي محمد (١٩٩٥) : مدى فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد الجمـــاعي في تحسين السلوك اللاتوافقي لدى الأطفـــال المعـــوقين عقليـــاً فئـــة (القابلين للتعلم) ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس.

سوزانا ميللر (١٩٨٧) : **سيكولوجية اللعب** ،ترجمة حسن عيسى ،مراجعة محمد عماد الدين إسماعيل ،عالم المعرفة ،العدد ١٢٠ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ،الكويت .

صفوت فرج (١٩٩٢) : **التخلف العقلي الوضع الراهن وآفاق المستقبل** ، دراسات نفسية ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .

صفوت فرج (١٩٩٧) : **القياس النفسي** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية (ط٣) .

عبد الستار ابراهيم(١٩٨٨) : ثلاثة جوانب في دراسة الإبداع ، **مجلة عالم الفكر** (ع . ٤) الكويت ، وزارة الإعلام ، مارس ، ص : ٢٥ : ٢٦.

صفوت فرج (١٩٩٦) اثر الدمج فى تنمية العلاقات الشخصية المتبادلة لدى الاطفال المتخلفين عقليا :**مجلة كلية التربية** جامعة عين شمس، (٢٠) ١، ٦٣-٧٨

عبد الستار ابراهيم(١٩٩٤) : **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث** الفجر للنشر والتوزيع ،القاهرة .

عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٢) : **دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعاقيين وعلاقتهما ببعض المتغيرات** ، بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع جامعة الأزهر.٦ – ٨ يونيو ، ص : ٢٦٣ – ٢٩٠.

عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) : **وقفة تأمل وتقويم للوضع الراهن في مواجهة مشكلة الإعاقة** ، والنشر الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد ٢٤ القاهرة .

عثمان لبيب (١٩٩٩) من حالات التخلف العقلي "حالات متلازمة داون"النشرة الدورية، لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين (مصر)، ٥٧، ٥٠-٥٧.

علاء عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها . المجلس القومي للطفولة والأمومة ، القاهرة ، ١٩٩٣ ، ص ٦٩ - ٧٤.

عمر بن الخطاب خليل (٢٠٠٣) : التخلف العقلي - تعريفه - وتصنيفاته - وأساليب تشخيصه ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مصر عدد ٧٦ .

فاروق صادق (١٩٩٧) .النشرة الدورية، لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين (مصر)، ع٥٠، ٢٨-٣١

فؤاد البهي السيد (١٩٧٦) الذكاء ، القاهرة : دار الفكر العربي (ط ٤) .

فاروق الروسان (١٩٩٦) سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، الرياض ، جامعة الملك سعود ، (ط٢) .

فاروق محمد صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي ، الرياض : جامعة الملك سعود (ط ٢) .

فتحي عبد الرحيم وحليم السعيد بشاي (١٩٨٨) سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، دار القلم ، الكويت ، ص ٤٧ - ٤٩ .

فرج عبد القادر طه ، شاكر عطيه قنديل ، حسين عبد القادر محمد مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣): موسوعة علم النفس دار النشر ،دار سعاد الصباح - الكويت (ط١).

كلارك ا . د. ب (١٩٨٣) الاتجاهات الحديثة في دراسة الضعف العقلي ، ترجمة عبد الحليم محمود السيد، دار الثقافة للنشر والتوزيع ،القاهرة .

كمال ابراهيم مرسي (١٩٩٦) : *مرجع في علم التخلف العقلي* ، ط١ الكويت دار القلم ،بيروت

كمال ابراهيم مرسي (١٩٩٢) : **برامج الوقاية من الإصابة بالتخلف العقلي**:النشرة الدورية، لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة المصدر :مجلة مركز معوقات الطفولة، ١، ٢٦١-٢٧٨

لويس كامل مليكة (١٩٩٣) : ***مقياس ستانفورد بينيه للذكاء*** ،الصورة الرابعة ،القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

لويس كامل مليكة (١٩٩٦) : ***مقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين.دليل المقياس***، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

لويس كامل مليكه (١٩٩٨) : ***الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية***، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

محمد عبد المؤمن حسين ، أحمد عبد اللطيف عبادة (١٩٩٣) : اتجاهات طلاب مرحلة التعليم الجامعي نحو المتخلفين عقليا ، دراسة تحليلية في ضوء الجنس والجنسية والتخصص والمرحلة العمرية " **مجلة معوقات الطفولة** ، والمجلد الثاني ، العدد الأول ، مارس ، مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر ، ص٧٦،٧٥.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧) ***التخلف العقلي الاسباب – التشخيص – البرامج*** ، دار غريب للطبع والنشر والتوزيع . القاهرة .

محمود جمال أبو العزايم ، نجلاء جمال أبو العزايم (٢٠٠٢): ***مشاكل الطفولة*** ، القاهرة ، مطابع دار الطباعة والنشر الإسلامية.

مسعد أبو الديار (٢٠١٢): سيكولوجية التنمر بين النظرية والعلاج ، ط٢ ، الكويت.

مصطفي فهمي (١٩٦٥) : ***اختبار رسم الرجل***. القاهرة ، مطبعة مصر.

مصطفي فهمي (١٩٦٥): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. **مجالات علم النفس**. ج٢ القاهرة ، مطبعة مصر.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩١) : **التخلف العقلي مواجهة التحدي المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط** ، ص٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Adesso,V., & Lipson, J, (1981) ***Group training of parents as Therapists for Their childern*** *.Behavior Therapy,12 , 625-633*

American Association on Mental Retardation (AAMR) (1990): Definition of Mental Retardation." ***American Journal of Mental etardation****, 325-335.*

*American Psychiatric Association. (1994):****Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders****, Fourth Edition. Washington, DC: Author [DSM-IV].*

Anastasi, A. (1961): ***psychological testing****, 2nd Ed.N.Y. Macmillan company.*

*Bates,p.,&Wehman,p.(1977):****Beheviorel Menagement With The Mentally Reterded****:An empiricel Analysis of research .Mental Retardation,15,9-12 .*

Bouras , Nick & Szymanski , Ludwik (1997): Review Article services for people with mental International, ***Journal of Social Psychiatry*** *Vol , 37 , No 1,pp 64-71 .*

Burack, J., Hodapp, R. and Zigler, E. (Eds.). (1998): ***Handbook of Mental Retardation and Development****. London, UK: Cambridge University Press.*

Cartwright , G.E,Cartwriht ,C.A,& Ward, M.E.(1989): ***Educating special Learns (2nd Ed) Belmont, Califormia*** *: Wadsworth Publishing Company .*

Dosen, A., & Day, K. (Eds.). (2001): ***Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults with***

- ***Mental Retardation. Washington***, *DC: American Psychiatric Press.*

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - fourth edition) (APA [American Psychiatric Association], (1994): ***use essentially the same definition of mental etardation****. The American Psychological Association uses a slightly different definition. The 1992*

Dykens, E., Hodapp, R & Finucane, B. (2000): ***Genetics and Mental Retardation Syndromes*** *: A New Look at Behavior and Interventions. Baltimore, MD: Paul H Brookes.*

Farag,s.(1995): ***Mental Retardation In Egypt*** *: Ppreent situation and Future Expectation.Psychological studies ,(5),(1) p.p 167-180.*

Farber, B. and Jannie, W.C. (1963): ***Family Organization and parent-Child Communication****: parent and Sibiling of a Retarded Child. Monoger. Soc. Res. Child. Dev. 28: No.7 (whole No. 91).*

Gear heart,B.B.,L Litton, F.W (1976): ***the trainable Retarded:Afounation Approach st****. Louis, The C.V Mosby.*

Grossman, H. J. (Ed.). (1977): ***Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation Washington****, DC: American Association on Mental Deficiency.*

Grossman, H. J. (Ed.). (1983): ***Classification in Mental Retardation. Washington, DC****: American Association on metal Deficiency.*

kozma,&Stooke,(1992) "What is mental retardation " in Simth ,R,S. Children with Mental Retardation : A Parent Guide .Maryland : Woodbine House .

Moser,H,G (1995) A Role for gene therapy in mental retardation and Developmental Disabilities Research Reviews : Gene Therapy ,1,4-6 .

*Heber, R. et. al. (1961): **Verbal Learning and Retention of the Mentally Retarded**. Unpublished Report. Behavioral Studies Center. University of Wisconsin.*

*Heber, R. F. (1961): **A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation** (2nd Ed.)."Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency p 315 .*

*Heward,W.& Orlansky,M. D. (1980) : **Exceptional Children** .Columbus, Ohio:Charles E.Merrill.*

*Hickson, L., Blackman, L. & Reis, E. M. (1994): **Mental Retardation**: Foundations of Educational Programming. Boston, MA: Allyn & Bacon, pp 105-109 .*

*Hodapp, Robert (1994): **Mental Retardation Encyclopedia of human behavior** , Vol 3 , pp 175-*

*House, B.J. and Zeaman, D. (1960): **Transfer of a Discrimination From Objects to patterns**. J. exper. Psychol. 59: 298-302. (b).*

*Hudson, A. (1982) : **Training parents of developmentally handicapped children. A component analysis**. Behavior therapy 13,325-333.*

*ICD-10 **[International Classification of Diseases - tenth edition]** (WHO [World Health Organization], 1992)*

*Kaplan, H.L., Freedman, A.M. & Sadock. B.J. (1980): **Comprehensive text book of psychiatry III**. London, Williams & Wilkins.*

*Lester, D.(1972) : **Self – mutilating behavior**. Psychological Bulletin , 78,119-128 .*

*Lipman, R.L. (1963): Learning: **Verbal, Perceptual-Motor and Classical Conditioning. In Ellis**, N.R. (ed.) Handbook of Mantal Deficiency, psychological Theory and Research. New York, McGraw-Hill Book Inc., 391-423.*

*Lovaas,. I., & Simmons, J. (1969): Manipulation of self-destruction in three retarded children. **Journal of applied behavior analysis**, 2,: 143-157.*

Luckasson, R & Reeve, A. ***Naming, Defining, and Classifying in Mental Retardation*** *Mental Retardation,39(1), 47-52.*

Luiselli. J.(1980): ***Controlling disruptive behavior of an autistic child:*** *Poent – mediated continency management in the home setting. Education and treatment of children, 3, 195-204.*

Luria, A.R. (1964): ***psychological Studies of Mental Deficiency in the Soviet Union. In Ellis,*** *N.R. (Ed.) Handbook of Mental Deficiency. Psychological Theory and Research. New York, McGraw-Hill Book, Inc., 353-290.*

Macmilan, D.L. (1982) : ***Mental retardation in school and society,*** *Boston, little and Brown.*

Matlim, Margaret(1995) Psychology, New York ,Harcourt Brace College Publishers , 2 nd .Ed

Nunes, D., Murphy, R., & Ruprecht, M.(1977): ***Reducing self-injuries behavior of severly retarted individuals through withdrawal of reinforcement procdures behavior modification,*** *1: 499-516.*

Reiss. S. (1994): Issues in Defining Mental Retardation. ***American Journal on Mental Retardation,*** *99(1), 1-7.*

Rojahan,J&Rabole (1995) ***Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation (Rev. ed.).*** *"Monograph Supplement to the American Journal of Mental Deficiency.*

Sarason, R.M (1972) ***The Use of Finger painting in Psychotherapy with Mentally Retarded Children.*** *In Stasey, C. & de Martion, F. (Eds) Counseling and psychotherapy with the Mentally Retarded. Glencoe, Illinois: The Free press.*

Sattler, J. M. (1992): ***Assessment of Children 3rd Edition***. *San Diego, CA: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.*

Sparrow, s., Balla, D., & Cicchetti, D. V.(1984a) .Vineland Adaptive Behavior Scale ,Expanded From Manual. Circle Press ,MN American Guidance Services.

Spitz, H. H. (1988) : ***Mental Retardation as a Thinking Disorder: The Rationalist Alternative to Empiricism.*** *International Review of Research in Mental Retardation, 15, 1-32.*

Stevenson, H.W. (1965) : ***Social reinfrcement of children's behavior in lipsitt and spiker*** *(eds.) advances in child development behavior, vol. 2, academic press, New York.*

Warren, S. F. (2000): ***Mental Retardation:*** *Curse, Characteristic, or Coin of the Realm?" Kennedy Center News, 51.*

Winschel, J.F. & La wrence, E.A. (1975): Short term memroy urricular implications for the mentally retatrted. ***The Journal of specialath, education,*** *(9) (u) : 395-309.*

World Health Organization. (1992): ***International Classification of Diseases: 10th Revision. Ann Arbor,*** *MI:Commission on Professional and Hospital Activities. [ICD-10]*

Zigler, E., Balla, D. & Hodapp, R. (1984): On the Definition and Classification of Mental Retardation. ***American Journal of Mental Deficiency,*** *89, 215-230.*

Zucker, S. & Polloway, E. (1987): ***Issues in the Identification and Assessment in Mental Retardation.*** *Education and Training in Mental Retardation, 22, 69-76.*

ثالثاً: المواقع الالكترونية:

تيسير مفلح كوافحة ، أ. عمر فواز عبد العزيز : مقدمة في التربية الخاصة

http://www.eaqty.com/index.php/s2/141-2010-06-20-12-54-17

http://www.gulfkids.com/ar/artical-400.htm